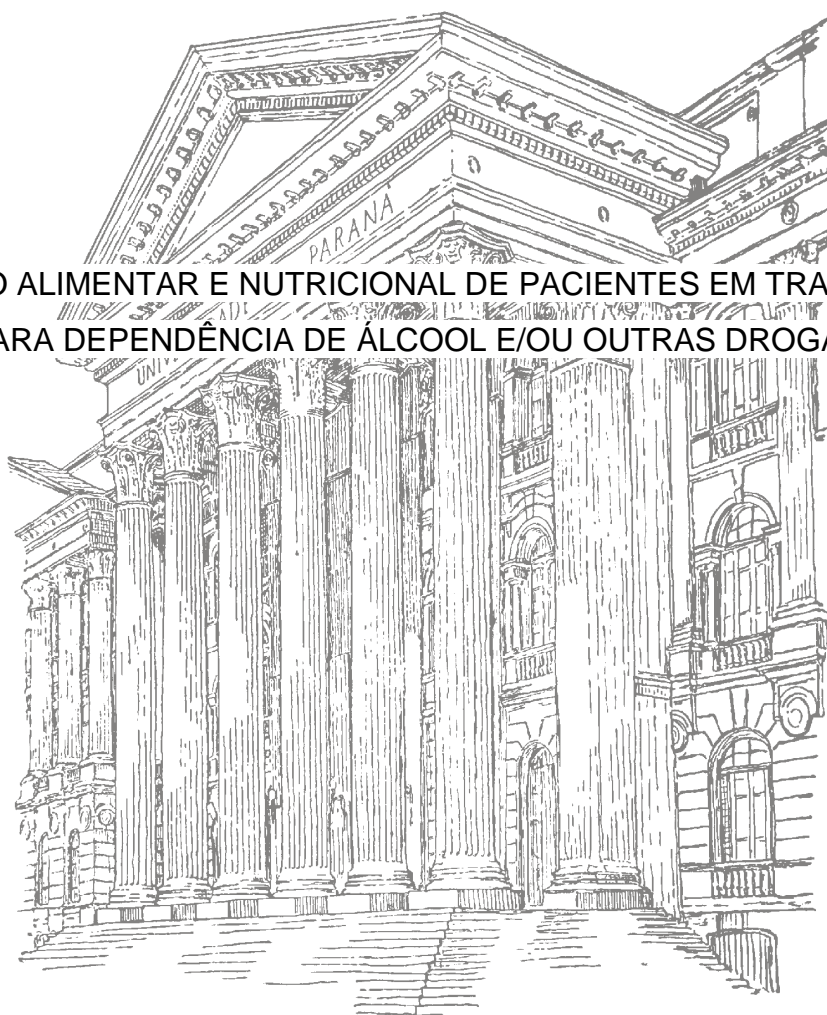


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELE DO ROCIO RIBEIRO

SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE PACIENTES EM TRATAMENTO
PARA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS



Curitiba
2013

DANIELE DO ROCIO RIBEIRO

SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE PACIENTES EM TRATAMENTO
PARA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional, do Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denise Siqueira de Carvalho

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Islândia Bezerra

Curitiba
2013

Ribeiro, Daniele do Rocio

Situação alimentar e nutricional de pacientes em tratamento para dependência de álcool e/ou outras drogas / Daniele do Rocio Ribeiro – Curitiba, 2013.

131 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Denise Siqueira de Carvalho

Coorientadora: Professora Dra. Islândia Bezerra

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2. Segurança alimentar e nutricional. 3. Avaliação nutricional. 4. Usuário de drogas. 5. Estado nutricional. I. Carvalho, Denise Siqueira de. II. Bezerra, Islândia. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.86

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional

EXAME DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Daniele do Rocio Ribeiro

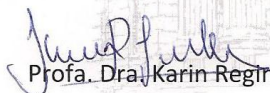
Titulo: “Situação alimentar e nutricional de pacientes em tratamento para dependência de álcool e/ou outras drogas”

Parecer

A Banca de Defesa, reunida nesta data nas dependências do Setor de Ciências da Saúde, Campus Botânico, da Universidade Federal do Paraná, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. Denise Siqueira de Carvalho – orientadora, Profa. Dra. Karin Regina Luhm – DSC/UFPR e Profa. Dra. Maria Eliana M. Schieferdecker- PPGSAN-UFPR, após análise da dissertação e arguição com a mestranda, a banca aprovou a referida dissertação como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre em Segurança Alimentar e Nutricional, no Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional.



Profa. Dra. Denise Siqueira de Carvalho



Profa. Dra. Karin Regina Luhm



Profa. Dra. Maria Eliana M. Schieferdecker

Curitiba, 22 de novembro de 2013.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família querida: ao Erik, amor da minha vida; ao Davi, meu filho amado; a meus queridos pais: Marilene e Leocádio; aos irmãos Tatiane e Wagner; à Beatriz, minha afilhadinha, a minha avó Tereza, que nos deixou este ano, mas estará presente sempre em nossos corações.

AGRADECIMENTOS

A Deus por cuidar de mim, por ter me dado força, saúde e providenciado todas as coisas durante todo esse período.

Ao amor da minha vida, Erik, pelo seu amor, apoio, companheirismo, presença, paciência e dedicação a mim e ao Davi. Sem seu apoio não teria chegado até aqui.

Ao meu amado Davi, que chegou no meio desse processo para colorir minha vida, que foi comigo às aulas, à coleta de dados e que dividiu sua mãe um pouquinho com esta dissertação.

Aos meus pais, Marilene e Leocádio, meu porto seguro, por toda a dedicação ao longo da minha vida, pelo amor incondicional, por me apoiar sempre em todos os projetos e por terem me ajudado no cuidado do Davi durante os momentos de escrita deste trabalho.

Aos irmãos Tatiane e Wagner, e à minha sobrinha Beatriz, pelo carinho e por alegrar esse percurso.

Aos meus sogros Helena e Osvaldo, pela prontidão em ajudar no cuidado com o Davi para eu poder escrever.

À querida professora Dra. Denise Siqueira de Carvalho, ser humano fantástico que Deus colocou em minha vida nesse período do mestrado, exemplo de pessoa e profissional. Obrigada pela amizade, dedicação, apoio, compreensão, ensinamentos e orientação.

Às professoras Dra. Silvia Rigon e Dra. Eliane Mara Cesário Maluf, que participaram como banca na qualificação. Obrigada por todos os apontamentos e contribuições a este trabalho.

Aos meus colegas de mestrado Flávia, Juliana, Marcia, Paula, Priscila, Renata, Talita, Thais, Victor pela amizade, companheirismo e afeto.

Às minhas amigas Amanda, Dayane, Larissa, Janete, Paôla, Paula, Poliana e Symone pela amizade, pela escuta e pela compreensão nas minhas ausências.

À Luiza que me auxiliou na digitação dos dados com toda dedicação e competência.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba pela abertura do campo a pesquisa.

Aos profissionais dos CAPS AD de Curitiba que tão gentilmente me acolheram no seu ambiente de trabalho.

Aos pacientes dos CAPS AD que participaram desta pesquisa e aceitaram dividir comigo um pouco de suas vidas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional e todo seu corpo docente e funcionários, pela acolhida e ensinamentos.

E, finalmente, agradeço mais uma vez a Deus, por ter colocado todas essas pessoas em minha vida. Sem elas nada disso seria possível.

*Há muito tempo que eu saí de casa
Há muito tempo que eu caí na estrada
Há muito tempo que eu estou na vida
Foi assim que eu quis, e assim eu sou feliz*

*Principalmente por poder voltar
A todos os lugares onde já cheguei
Pois lá deixei um prato de comida
Um abraço amigo, um canto prá dormir e sonhar*

*E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas*

*E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar*

*É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração*

Caminhos do Coração

Gonzaguinha

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a situação alimentar e nutricional de dois grupos de pacientes em tratamento para a dependência de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Curitiba- PR em início de tratamento e no terceiro mês de acompanhamento. Ele ocorreu em todos os cinco CAPS AD de Curitiba e envolveu a avaliação de 268 pacientes, sendo 184 em início de tratamento e 84 em terceiro mês. Foram coletados dados sobre o estado nutricional, consumo alimentar, comportamento alimentar, drogas utilizadas e padrões de uso de drogas, além de informações sobre aspectos socioeconômicos e demográficos. Os dois grupos eram compostos, em sua maioria, por homens brancos, com baixa escolaridade e baixa renda, que residiam com algum familiar ou amigo e possuíam moradia própria. A faixa etária foi a principal diferença entre os grupos, sendo que indivíduos do grupo de terceiro mês eram significativamente mais velhos que aqueles que estavam iniciando tratamento. As drogas lícitas foram as drogas mais utilizadas por ambos os grupos. Entre os pacientes em terceiro mês mais de um terço nunca havia usado drogas ilícitas na vida. A droga ilícita mais utilizada na vida, nos dois grupos, foi a maconha. E o crack foi a mais utilizada no último ano e no último mês. Os inalantes e alucinógenos foram as menos utilizadas, com uso experimental pela maioria. Para a avaliação dos aspectos nutricionais foram considerados apenas os indivíduos adultos (≥ 20 e < 60 anos). Dessa forma, compuseram a amostra 175 indivíduos em início de tratamento e 79 em terceiro mês. De maneira geral, ambos os grupos apresentaram alterações no estado nutricional, tanto baixo peso como excesso de peso. O baixo peso foi associado ao sexo feminino e a uso recente de crack. O excesso de peso foi associado a tempo de uso de álcool e a uso frequente de maconha. Os sujeitos apresentaram dietas desequilibradas, com consumo inadequado de fibras, cálcio e ricas em gordura saturada e uma ingestão frequente de doces e refrigerantes.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Segurança Alimentar e Nutricional; Avaliação Nutricional; Usuários de Drogas; Estado Nutricional.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the alimentary and nutritional status of two groups of patients in treatment for alcohol and other drugs dependency on the Centers for Psycho-social Attention - Alcohol and Drugs (CPA-AD) in Curitiba-PR in the beginning of treatment and on the third month of follow-up. It took place in all five Curitiba's CPA-AD and involved the evaluation of 268 patients, being 184 in the beginning of treatment and 84 on the third month. Data were collected on the nutritional status, food consumption, eating behavior, drugs used and drug consumption patterns, as well as information regarding socioeconomic and demographic aspects. Both groups were composed, mostly, by white man with low education and low income, who reside with a family member or a friend and had their own residence. The age range was the main difference between the groups, being the individuals on the third month group significantly older than those who were beginning treatment. Licit drugs were the drugs most used by both groups. Among the patients on the third month, more than one third had never used illicit drugs in their lives. The illicit drug most used in their lives, on both groups, was marijuana. And crack was the most used in the last year and the last month. Inhalants and hallucinogens were the lesser-used, with experimental use by the majority. For the evaluation of the nutritional aspects only adults were considered (≥ 20 and < 60 years). Thus, the sample comprised 175 individuals starting treatment and 79 in the third month. In general, both groups presented changes in the nutritional status, both underweight and overweight. Underweight was associated with the female sex and recent use of crack. Overweight was associated with the time of alcohol use and frequent use of marijuana. The subjects presented unbalanced diets with inadequate intake of fiber, calcium and high in saturated fat, and a frequent intake of sweets and soft drinks.

Key-words: Substance-Related Disorders; Food Security; Nutrition Assessment; Drug Users; Nutritional Status

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1.1 - COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE USO DE DROGAS NA VIDA, NO ANO E NO MÊS NO BRASIL, EM 2001 E 2005 (EM %).	25
QUADRO 2.1- RELAÇÃO DE DESCRITORES.....	35
QUADRO 3.1 - RELAÇÃO DE ARTIGOS SELECIONADOS SOBRE MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, CONFORME AUTORIA E ANO DE PUBLICAÇÃO, CARACTERÍSTICAS GERAIS AMOSTRA, OBJETIVO DO ESTUDO E MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	56
TABELA 4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS POR GRUPO DE PACIENTES NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ....	71
TABELA 4.2 PADRÃO DE USO DE DROGAS ENTRE OS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.	72
TABELA 4.3 TEMPO DE USO DE DROGAS PELOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ.	73
TABELA 4.4. FREQUÊNCIA SEMANAL DO USO DE DROGAS NOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS-AD EM CURITIBA, PARANÁ.	74
TABELA 4.5. USO NA VIDA DE DROGAS NOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD, CURITIBA, PARANÁ.....	75
TABELA 5.1 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)	88
TABELA 5.2 ESTADO NUTRICIONAL DOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.	91
TABELA 5.3 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL SEGUNDO SEXO NOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ.	92

TABELA 5.4 RESULTADO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA TENDO COMO VARIÁVEL DEPENDENTE O BAIXO PESO.	92
TABELA 5.5 RESULTADO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA TENDO COMO VARIÁVEL DEPENDENTE O EXCESSO DE PESO.	92
TABELA 5.6 FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS/BEBIDAS NOS DOIS GRUPOS DE PACIENTE ESTUDADOS NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.	93
GRÁFICO 1 – ALIMENTOS CONSUMIDOS NA ÚLTIMA SEMANA PELOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ (2012).	95
GRÁFICO 2 – ALIMENTOS CONSUMIDOS DIARIAMENTE NA ÚLTIMA SEMANA PELOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ (2012).	95
TABELA 5.7 COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE INGESTÃO DE ENERGIA, MICRO E MACRONUTRIENTES ENTRE DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.	96
TABELA 5.8 FREQUÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM INGESTÃO DE NUTRIENTES ABAIXO E ACIMA DAS RECOMENDAÇÕES EM DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ.	97
TABELA 5.9 AVALIAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO ENERGÉTICA POR MACRONUTRIENTE DA DIETA DOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS-AD EM CURITIBA, PARANÁ.	97
TABELA 5.11 PRINCIPAIS LOCAIS ONDE SÃO REALIZADAS AS REFEIÇÕES PELOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.	98

LISTA DE SIGLAS

AI – Adequate Intake

ALD - Doença Hepática Induzida por Álcool

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

DHA - Ácido docosahexaenóico

DRI - Dietary Recommended Intakes

DP – Desvio Padrão

EAR - Estimated Average Requirement

EER - Estimated Energy Requirements

EPA - Ácido eicosapentaenóico

HFIAS - Escala de Insegurança Alimentar Doméstica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

LILACS - Literature in the Health Sciences in Latin America and the Caribbean

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

POF - Pesquisa Orçamentos Familiares

PSM - Programa de Saúde Mental

QFA - Questionário de Frequência Alimentar

R24h - Recordatório de 24 horas

R3dias - Registro Alimentar de 3 dias

SCIELO-BRASIL - Scientific Eletronic Library Online

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

UDI - Usuários de Drogas Injetáveis

UL - Tolerable Upper Intake Level

US - Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 Geral	20
1.1.2 Específicos.....	20
1.2 DESENVOLVIMENTO DA DISSERTAÇÃO	21
REFERÊNCIAS	22
 CAPÍTULO 1. O USO ABUSIVO DAS DROGAS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	23
1.1 INTRODUÇÃO	23
1.2 METODOLOGIA.....	23
1.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
1.3.1 O Panorama do uso de drogas no Brasil	24
1.3.2 O Modelo de Atenção ao Uso Abusivo De Álcool e Outras Drogas	26
1.3.3 Estruturação dos CAPS AD em Curitiba	28
1.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
 CAPÍTULO 2. A DEPÊNDENCIA DE DROGAS E A TEIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL QUE A ENVOLVE	33
2.1 INTRODUÇÃO	33
2.2 METODOLOGIA.....	34
2.3 RESULTADOS	36
2.4 DISCUSSÃO	36
2.4.1 Insegurança alimentar e Nutricional e a dependência de drogas: o ciclo vicioso familiar.....	36
2.4.2 A insegurança alimentar e nutricional dos usuários de drogas	39
2.4.3 Nutrição no processo de recuperação da dependência de drogas	42
2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43

REFERÊNCIAS	45
CAPÍTULO 3. O CONSUMO ALIMENTAR DE DEPENDENTES DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS.....	52
3.1 INTRODUÇÃO	52
3.2 METODOLOGIA.....	53
3.3 RESULTADOS	54
3.4 DISCUSSÃO	57
3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	64
CAPÍTULO 4 PERFIL E PADRÃO DE USO DE DROGAS DE INDÍVIDUOS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS (CAPS AD) EM CURITIBA, PARANÁ.	67
4.1 INTRODUÇÃO	67
4.2 METODOLOGIA.....	68
4.3 RESULTADOS	70
4.4 DISCUSSÃO	75
4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	82
CAPÍTULO 5. ESTADO NUTRICIONAL, CONSUMO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES EM INÍCIO DE TRATAMENTO E EM TERCEIRO MÊS DE TRATAMENTO EM CAPS AD, CURITIBA-PR	86
5.1 INTRODUÇÃO	86
5.2 METODOLOGIA.....	87
5.3 RESULTADOS	90
5.4 DISCUSSÃO	99
5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108

REFERÊNCIAS.....	110
APÊNDICE.....	116
ANEXOS	130

1 INTRODUÇÃO

O crescente aumento no abuso de drogas em todo o mundo, bem como suas repercussões sociais, físicas, biológicas e psicológicas no indivíduo e no meio familiar, constitui-se num considerável problema de saúde pública (SOUZA, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 10% das populações dos centros urbanos consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Em relação ao álcool, estima-se que, mundialmente, a mortalidade relacionada à droga seja de aproximadamente 774.000 pessoas/ano (OMS, 2001).

Em uma publicação denominada *Global Burden of Diseases* (Carga Global de Doenças), Murray e Lopez (1996) apresentam uma visão geral dos anos de vida perdidos por morte prematura ou vida com incapacitação para várias doenças. Eles concluíram que, em escala mundial, em 1990 seriam mais de 47 milhões de anos de vida perdidos por incapacitação atribuídos ao consumo de álcool. Dentre os danos atribuídos ao consumo de álcool, em curto prazo, estão principalmente acidentes de trânsito relacionados com bebida, ferimentos não intencionais e mortes provocadas por uso de álcool, suicídio e violência interpessoal. Em relação ao consumo em longo prazo, os principais problemas atribuídos são doenças do fígado, problemas de saúde mental, síndrome fetal alcoólica, cânceres e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2004a).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas, demonstrou que cerca da metade dos que bebem apresentam problemas. Os homens apresentaram mais problemas com o álcool, com 37% deles relatando pelo menos um. Os problemas físicos aparecem como os mais citados por todos, seguidos por problemas familiares e violência. O estudo também demonstrou que, do total da população com 18 anos ou mais, 9% apresentam dependência (BRASIL, 2007).

Outra pesquisa sobre uso de drogas pelo brasileiro, realizada em 2005 também em âmbito nacional, demonstrou que 22,8% dos brasileiros já haviam usado algum tipo de droga (exceto álcool e tabaco) e 2,9% já havia recebido tratamento para dependência (CEBRID, 2005).

Atualmente, no Brasil está instituída a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Uma prioridade dessa política é a implantação dos chamados Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), específicos para tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Eles são centros especializados que atuam no âmbito da atenção básica oferecendo atendimento à população de sua área de abrangência, tendo como princípio a reinserção social (BRASIL, 2004b).

A população atendida nos CAPS AD, por sua vez, constitui um grupo vulnerável à insegurança alimentar e nutricional. São diversas as doenças associadas ao consumo excessivo de álcool e ao abuso de drogas. Inúmeras dessas doenças podem comprometer o estado nutricional dos indivíduos por suas próprias fisiopatologias. Ademais, a própria dependência de álcool e/ou outras drogas pode influir nas mudanças de hábitos alimentares, além de alterar o apetite, podendo também agir diretamente sobre o metabolismo de alguns nutrientes específicos, como minerais e vitaminas (LIEBER, 1988). Além disso, a dependência impacta diretamente as relações sociais do indivíduo. Seja na esfera familiar ou com relação às comunidades das quais ele faz parte, esse impacto nas redes sociais e de apoio compromete aspectos relacionados à manutenção da segurança alimentar e nutricional.

Diante disso e tendo em vista que os problemas com álcool e drogas atingem uma parcela expressiva da população, sendo considerados, atualmente, questões de saúde pública, e que, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento a essa população deve ter a perspectiva de atenção integral, é relevante conhecer e analisar aspectos da situação alimentar e nutricional das pessoas que buscam tratamento nos CAPS, bem como daqueles que já estão em tratamento há alguns meses. Isso possibilitará embasar ações futuras de promoção de segurança alimentar e nutricional voltadas a esses públicos específicos.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar a situação alimentar e nutricional de dois grupos de pacientes em tratamento para dependência de álcool e/ou outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Curitiba- PR: em início de tratamento e no terceiro mês de acompanhamento.

1.1.2 Específicos

- Caracterizar o estado nutricional de pacientes admitidos para início de tratamento para dependência de álcool e outras drogas e pacientes em terceiro mês de acompanhamento;
- Caracterizar o consumo e comportamento alimentar dos dois grupos de pacientes em tratamento para dependência de álcool e outras drogas nos CAPS AD;
- Caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico e o padrão de uso de drogas dos dois grupos de pacientes em tratamento nos CAPS AD;
- Comparar os dois grupos de pacientes em relação ao estado nutricional, consumo alimentar, bem como aspectos demográficos, socioeconômicos e do comportamento alimentar;
- Verificar se a condição nutricional de pacientes em tratamento para dependência de álcool e drogas encontra-se em condições mais desfavoráveis do que a observada na população geral.
- Verificar a relação do estado nutricional com os aspectos socioeconômicos, demográficos e padrões de uso de drogas nos dois grupos.

1.2 DESENVOLVIMENTO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos. Cada um se apresenta de forma separada, porém, estão interrelacionados, favorecendo o desmembramento para futuras publicações. Em cada capítulo são apresentados os tópicos introdução, metodologia, resultados, discussões, considerações finais e referências específicas ao tema abordado. No primeiro capítulo, é realizada uma contextualização ao tema, abordando o panorama do uso de drogas no Brasil e apresentando o modelo de atenção à população dependente de álcool e outras drogas no Brasil e no município estudado. Nos capítulos 2 e 3 é feita uma revisão da literatura científica recente, abordando questões sobre a situação alimentar e nutricional de usuários de drogas. O capítulo 2 aborda aspectos da segurança alimentar e nutricional e o capítulo 3 o consumo alimentar e metodologias empregadas para essa avaliação. Já os capítulos 4 e 5 apresentam resultados obtidos com a pesquisa de campo. O quarto capítulo diz respeito ao perfil socioeconômico, demográfico e padrão de uso de drogas dos pacientes em início de tratamento e com três meses de tratamento nos CAPS AD de Curitiba-PR, enquanto o quinto analisa a situação alimentar e nutricional e a relação do estado nutricional com os aspectos socioeconômicos, demográficos e padrão de uso de drogas também nesses dois grupos de pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1 ed. em português, ampl. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2005**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2005.

LIEBER, C. S. The influence of alcohol on nutrition status. **Nutr. Rev.**, v. 46, p. 241, 1988.

MURRAY, C. J. L. LOPEZ, A. D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health to World Health Organization and World Bank, 1996. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1. ed.. Brasília: 2004

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra: 2001.

SOUZA, A. R. **Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários**. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

CAPÍTULO 1. O USO ABUSIVO DAS DROGAS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

1.1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo de álcool e outras drogas tem se apresentado como um problema de saúde pública. São inúmeras as repercussões tanto individuais, como sociais que o uso abusivo das drogas acarreta. Na última década foram realizados dois importantes estudos sobre o comportamento do brasileiro em relação ao uso de drogas (I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil) esses estudos demonstraram um aumento no uso de drogas pelo brasileiro.

A atenção aos indivíduos dependentes de álcool e outras drogas, por sua vez, tem sofrido transformações, desde a década de 70, com a chamada Reforma Psiquiátrica, que prevê, entre outras propostas, a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, a chamada desinstitucionalização, sendo ofertado em contrapartida serviços próximos ao território dos sujeitos. Os Centros de Atenção Psicossocial se apresentam como esse novo espaço, que possibilita o tratamento e objetiva a reinserção social (BRASIL, 2007a).

O objetivo deste capítulo é descrever o padrão do uso de drogas pelos brasileiros com base na literatura científica e apresentar o modelo de atenção à população dependente de álcool e outras no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil e em Curitiba.

1.2 METODOLOGIA

Para atender ao objetivo deste capítulo foi realizada uma revisão entre os principais órgãos responsáveis pela divulgação de informações nessa área, em especial o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID – da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Segundo o Decreto nº 5.912, de 27 de

setembro de 2006, que regulamenta a legislação atual sobre drogas vigente no país, a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, cabe ao OBID divulgar, por meio eletrônico e impresso, pesquisas e indicadores referentes ao uso indevido de álcool e outras drogas que permitam aperfeiçoar o sistema de informações para subsidiar o intercâmbio de dados entre instituições regionais, nacionais e estrangeiras (BRASIL, 2006). Também foi realizada consulta a documentos e relatórios em órgãos como Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); Secretária Municipal de Saúde de Curitiba, além de pesquisa em literatura específica.

1.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

1.3.1 O Panorama do uso de drogas no Brasil

Nas últimas décadas tem ocorrido um aumento no uso de drogas pelos brasileiros. O Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), órgão ligado à Universidade Federal de São Paulo, vem realizando os mais importantes estudos de âmbito nacional sobre o uso de drogas na população brasileira em geral e grupos específicos. Dentre eles está o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, um estudo realizado em 2001 que envolveu as 107 maiores cidades do país, com uma amostra de 8.589 pessoas. O objetivo desse estudo foi estimar a prevalência do uso de drogas, álcool, tabaco e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos. Ele demonstrou que 19,4% dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga (excluindo álcool e tabaco), o que significa uma população estimada de aproximadamente 9.109.000 pessoas. A maconha foi droga mais utilizada na vida dos entrevistados (excluindo o álcool e tabaco), 6,9% dos entrevistados já haviam consumido maconha pelo menos uma vez na vida. Em seguida, estavam os solventes com 5,8%. O uso na vida de álcool foi 68,7% e de tabaco foi de 41,1% (CEBRID, 2001).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2005, também realizado pelo CEBRID, cujo objetivo principal era verificar como a

sociedade, em geral, comporta-se frente ao uso de drogas, verificou que 22,8% dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga (exceto álcool e tabaco), o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 pessoas. Os dados se assemelham aos encontrados no Chile (23,4%) e representam quase metade dos encontrados nos EUA (45,8%). Quando se avalia as pessoas que já receberam tratamento, no ano de 2005, para abuso de Álcool e outras drogas, verifica-se um valor total de 2,9%. Em relação à avaliação da prevalência de uso na vida de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, a Região Nordeste teve a maior prevalência (27,6%). A região que apresentou menor uso na vida foi a Norte com 14,4% (CEBRID, 2005).

Na comparação entre os dados encontrados no I e II levantamento verifica-se um aumento tanto no uso na vida, no mês e no ano para a maioria das drogas (Tabela 1.1).

TABELA 1.1 - COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE USO DE DROGAS NA VIDA, NO ANO E NO MÊS NO BRASIL, EM 2001 E 2005 (EM %).

DROGAS	PERÍODO DE TEMPO					
	USO NA VIDA		USO NO ANO		USO NO MÊS	
	2001	2005	2001	2005	2001	2005
Qualquer droga	19,4	22,8	4,6	10,3	2,5	4,5
Maconha	6,9	8,8	1,0	2,6	0,6	1,9
Cocaína	2,3	2,9	0,4	0,7	0,2	0,4
Crack	0,4	0,7	0,1	0,1	0,0	0,1
Heroína	0,1	0,09	0,0	0,0	0,0	0,0
Alucinógenos	0,6	1,1	0,0	0,3	0,0	0,2
Solventes	5,8	6,1	0,8	1,2	0,2	0,4
Opiáceos	1,4	1,3	0,6	0,5	0,2	0,3
Benzodiazepínicos	3,3	5,6	1,3	2,1	0,8	1,3
Estimulantes	1,5	3,2	0,3	0,7	0,1	0,3
Barbitúricos	0,5	0,7	0,1	0,2	0,1	0,1
Álcool	68,7	74,4	49,8	49,8	35,3	38,3
Tabaco	41,1	44,0	20,1	19,2	19,8	18,4

FONTE: CEBRID (2001); CEBRID (2005).

Quando se faz essa comparação especificamente na Região Sul do Brasil, verifica-se que, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior uso na vida em 2001 são maconha (8,4%), benzodiazepínicos (4,2%), solventes (4,0%), cocaína (3,6%) e xaropes (2,4%). E em 2005 são maconha (9,7%), solventes (5,2%), benzodiazepínicos (3,3%), cocaína (3,1%) e opiáceos (2,7%). Na Região Sul, de 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, estimulantes, esteroides, opiáceos, alucinógenos e crack; e

diminuição nas de benzodiazepínicos, cocaína, barbitúricos e anticolinérgicos, no entanto, nenhuma das diferenças observadas foi estatisticamente significativa (CEBRID, 2005; BRASIL, 2009). Os dois levantamentos não apresentam dados específicos de Curitiba.

Outro importante estudo denominado I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas, demonstrou que cerca da metade dos que bebem apresentam problemas. Os homens apresentaram mais problemas com o álcool, com 37% deles relatando pelo menos um. Os problemas físicos aparecem como os mais citados por todos, seguidos por problemas familiares e violência. Dentre os problemas físicos mais citados, o fato de deixarem de realizar as refeições enquanto bebiam e por esse motivo ficaram alcoolizados por vários dias foi o mais citado, 23%. O estudo também demonstrou que, do total da população com 18 anos ou mais, 9% apresentam dependência de acordo com o CID-10¹ (BRASIL, 2007b).

1.3.2 O Modelo de Atenção ao Uso Abusivo De Álcool e Outras Drogas

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada sob uma perspectiva predominantemente psiquiátrica ou médica e tendo a separação do usuário do convívio social como modelo clássico de tratamento (BRASIL, 2003). No entanto, o processo da reforma psiquiátrica vem promover a mudança desse paradigma, sendo considerado um processo de formulação crítica e prática, cujos objetivos e estratégias estão relacionados ao questionamento e à elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, ela surge mais concretamente a partir da década de 70, inserida no processo de redemocratização, trazendo não apenas a crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental

¹ - Dependência de álcool é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de bebidas alcoólicas alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros componentes antes considerados de maior valor. As características principais da síndrome são: desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, dificuldade para controlar tal consumo, desenvolvimento de tolerância, estado de abstinência fisiológico, abandono de atividades prazerosas em favor do uso de álcool e persistência do uso apesar de evidências claras de consequências nocivas.

como também a crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995).

No campo jurídico, a reforma psiquiátrica tem um salto com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como o marco legal da reforma psiquiátrica no Brasil. Ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Ela vem ratificar, no campo da saúde mental, os princípios doutrinários do SUS, no que diz respeito a assegurar o acesso de todos a assistência integral e equitativa.

Diante do processo da Reforma Psiquiátrica, hoje, no Brasil, está instituída a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Entre as suas diretrizes principais estão a intersetorialidade e atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. Uma prioridade dessa política é a implantação dos chamados CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), específicos para tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Os CAPS AD foram regulamentados em 2002 pelo Ministério da Saúde, por meio das Portarias nº 336/GM e 816/GM (BRASIL, 2004 a). Eles são centros especializados que atuam oferecendo atendimento à população de sua área de abrangência, tendo como princípio a reinserção social e estruturam-se como um novo espaço de terapia psiquiátrica extrahospitalar, prestando assistência multiprofissional, prevenindo internações psiquiátricas desnecessárias e compulsivas, combatendo o preconceito e a discriminação (CUNHA, 2003). É um espaço de tratamento, reabilitação, acolhimento, relações interpessoais e produção de novas subjetividades às pessoas portadoras de transtornos mentais (SOUZA, 2007).

Os serviços de atenção psicossocial procuram dispor de profissionais de várias áreas, muitos considerados “externos” à área de saúde, como, por exemplo, músicos, artistas plásticos, artesãos, entre outros (AMARANTE, 2007). Os CAPS AD realizam atividades terapêuticas e preventivas por meio de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias (BRASIL, 2003).

O CAPS AD atende aos pacientes em diferentes níveis de cuidado: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O atendimento intensivo é destinado aos

pacientes que, devido a seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário. Semi-intensivo é o tratamento dedicado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas que, contudo, não precisam estar diariamente no CAPS. Não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor (BRASIL, 2004b).

Os CAPS, de forma geral, possuem uma linha de financiamento específica junto ao Ministério da Saúde desde 2002 e são organizados pelas secretarias municipais. São organizados conforme as seguintes denominações e descrições, diferenciando-se pelo porte, clientela atendida e capacidade de atendimento: CAPS I (municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (municípios com população acima de 200.000 habitantes, atendendo 24 horas/dia, inclusive feriados e finais de semana, com leitos para internações breves), CAPSi II (referência para o atendimento a crianças e adolescentes em uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local) e CAPS AD II (referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 habitantes) (BRASIL, 2004b).

Nessa direção, a saúde mental tem buscado a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na atenção básica de saúde e no contexto do modelo de sistemas locais de saúde. Assim, a saúde mental, como integrante da saúde pública, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado. O CAPS, por sua vez, inserido no território de atuação das equipes de atenção básica se apresenta como um importante campo para a promoção da saúde (BRASIL, 2004 c; NUNES, JUCA, VALENTIM, 2007).

1.3.3 Estruturação dos CAPS AD em Curitiba

Curitiba conta com cinco CAPS AD, que atendem à população adulta do município, dispostos nas nove distritos sanitários do município.

O CAPS AD tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social

dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os recursos humanos dos CAPS AD em Curitiba são administrados por duas organizações sem fins lucrativos. O quadro funcional dos CAPS AD em Curitiba é formado por equipes multidisciplinares, compostos por profissionais como: enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, técnicos em enfermagem, técnicos administrativos entre outros.

O sistema de atendimento ao paciente dependente de álcool e/ou outras drogas segue o protocolo integrado de saúde mental implantado no município (CURITIBA, 2002). A captação de pessoas é feita por procura espontânea às unidades de saúde ou identificação na comunidade por meio de visitas domiciliares, realizadas pela equipe saúde da família ou pelos agentes de dependência química. A pessoa inscrita no Programa de Saúde Mental (PSM) tem o sistema de assistência centrado na Unidade de Saúde, e estendendo-se a serviços especializados, quando necessário. O encaminhamento ao CAPS AD é feito pela unidade de saúde. O processo inicial de desintoxicação acontece normalmente na unidade de saúde.

Os CAPS AD de Curitiba, assim como propõe o Ministério da Saúde, apresentam três modalidades de tratamento: intensivo/integral; semi-intensivo e não-intensivo. De forma geral, o paciente inicia o processo de tratamento no CAPS no regime intensivo e evolui até o regime não-intensivo.

A alimentação dos pacientes do CAPS é servida por uma empresa terceirizada de refeições, no quadro funcional dessa empresa consta um nutricionista que é responsável pela produção adequada dos alimentos. No entanto, os CAPS não apresentam um nutricionista especificamente responsável pelo cuidado nutricional dos pacientes. Em alguns casos, quando o médico detecta a necessidade de uma dieta diferenciada, é feita uma requisição à empresa responsável pelo fornecimento. O município, no âmbito da atenção básica, possui nutricionistas vinculados às equipes Saúde da Família, nos chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). No entanto, devido ao reduzido número desses profissionais e a extensa demanda por parte das unidades de saúde, o atendimento aos CAPS AD acaba sendo extremamente limitado, ocorrendo ocasionalmente atividades relacionadas à educação em saúde.

De forma geral, os pacientes que permanecem no período integral recebem três refeições diárias: café da manhã, almoço e lanche da tarde. Os demais recebem apenas uma: café da manhã ou lanche da tarde.

1.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o aumento dos índices de consumo de diferentes drogas no Brasil nos últimos anos, torna-se essencial a existência de uma rede de saúde mental que possa, atuando de forma transdisciplinar e valorizando a interação dialógica, oferecer respostas às diferentes demandas sociais geradas pelo uso abusivo dessas substâncias.

A sociedade, por meio do Poder Público, precisa oferecer opções de tratamento para as pessoas que já se encontram em estado de dependência de álcool ou outras drogas. Ao mesmo tempo, faz-se urgente o planejamento e adoção de estratégias e ações voltadas à prevenção e à conscientização acerca das consequências do abuso de drogas.

Os CAPS AD representam um avanço instrumental significativo para o enfrentamento dessas questões, pois a política na qual estão baseados vem superando o paradigma médico/psiquiátrico, que tem como principal característica a separação do usuário de seu convívio social. Já os CAPS têm estratégias que indicam para um caminho oposto, o da inserção social do dependente de drogas, buscando oferecer assistência integral, equitativa e multidisciplinar por meio de diversas atividades terapêuticas e preventivas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SDE/ENSP. Rio de Janeiro: 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 9 de abr 2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 22/05/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, D.F., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília, D.F., 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, D.F., 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, D.F., 2004. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em 19/05/2011 c.

BRASIL. Decreto nº. 5.912 de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº. 11.343 de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, D.F., 28 set., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília, D.F., 2007 a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília, D.F., 2007 b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas.** Brasília, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001.** Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2005.** Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2005.

CUNHA, M. T. R. **Gerência enquanto instrumento para mudanças em um serviço substitutivo de saúde mental no município de Uberaba: estudo de caso.** 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Protocolo Integrado de Saúde Mental em Curitiba.** Curitiba, 2002.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B.. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, Oct. 2007. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso>. access on 22 May 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000012.

SOUZA, A. R. **Centro de Atenção Psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários.** 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

CAPÍTULO 2. A DEPÊNDENCIA DE DROGAS E A TEIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL QUE A ENVOLVE

2.1 INTRODUÇÃO

A alimentação é um direito humano, reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), e desde 2010, também contemplado na Constituição da República Federativa do Brasil como um direito social (BRASIL, 2010). Todavia, esse direito não se restringe apenas à mera ingestão de nutrientes por meio da comida, mas amplia-se ao direito à alimentação em quantidade e qualidade necessária, que perpassa o direito ao acesso a recursos e meios para produzir ou adquirir alimentos. Estes também devem ser seguros e promoverem uma dieta saudável e que respeite os diversos aspectos da cultura. Além disso, embutido ao direito à alimentação, está o direito à informação sobre conteúdo dos alimentos, sobre práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.

Atualmente, a Segurança Alimentar e Nutricional é conceituada, no Brasil, pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional de 15 de setembro de 2006 como:

[...] o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Na Cúpula Mundial da Alimentação ocorrida em 1996, concluiu-se que existe Segurança Alimentar “*quando todas as pessoas têm, em todos os momentos, acesso físico e econômico a alimentos seguros, nutritivos e suficientes para atender as suas necessidades dietéticas e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável*” (FAO, 1996).

Assim, segurança alimentar e nutricional, além de contemplar o direito à alimentação adequada nutricionalmente, abrange também a disponibilidade física do

alimento, orientada pela produção e estoques de alimentos, o acesso físico e econômico ao alimento, bem como a estabilidade de alimentos suficientes, isto é, não viver sob a ameaça da sua falta (FAO, 2012; WEAVER, HANDLEY, 2009; MALLUF, 2007).

Por sua vez, os dependentes de álcool e outras drogas constituem um grupo extremamente vulnerável tanto no campo biológico quanto no campo social. O estado nutricional pode apresentar-se alterado pelo consumo excessivo de álcool e abuso de drogas, seja como consequência de doenças associadas, seja pela mudança de hábitos alimentares (BRASIL, 2004; LIEBER, 1988). As relações sociais também são impactadas pela dependência, em esfera familiar ou na comunidade. A dependência de álcool e outras drogas está relacionada a problemas domésticos, agressão e violência, práticas sexuais inseguras e/ou não intencionadas e desempenho reduzido no trabalho, absenteísmo, abandono escolar, dificuldades financeiras e problemas legais, de relacionamento e no trabalho. Somado a isso, o dependente convive com a estigmatização e o preconceito, que atingem fortemente seu convívio social (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007).

Diante desse complexo processo de vulnerabilidade, tanto social como biológica, que perpassa a vida dos dependentes de álcool e outras drogas, a insegurança alimentar e nutricional parece ser uma consequência quase que direta, seja pelo estado de saúde e comorbidades associadas, ou pelo impacto nas redes sociais e de apoio, que promovem toda uma desestruturação social, comprometendo diretamente aspectos importantes relacionados à manutenção da segurança alimentar e nutricional. Assim, o objetivo deste capítulo é revisar na literatura a relação entre a dependência de drogas e a insegurança alimentar e nutricional.

2.2 METODOLOGIA

Foi realizada revisão da literatura, procurando-se selecionar artigos científicos que descrevessem a associação entre (in)segurança alimentar e nutricional e dependência de drogas. Foi utilizado o critério de publicação com data a partir de 2001. As bases de dados *eletrônicas pesquisadas foram: Scielo-Brasil*

(*Scientific Eletronic Library Online*), *Lilacs (Literature in the Health Sciences in Latin America and the Caribbean)* e *Medline/Pubmed via National Library of Medicine*, nos meses de janeiro e fevereiro de 2012. Diante dos baixos resultados para pesquisa utilizando apenas os unitermos “*Food Security*” (Segurança alimentar e nutricional) e “*Substance-Related Disorders*” (Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias), ampliou-se a pesquisa utilizando mais unitermos que se relacionavam com esses temas. Os descritores utilizados estão apresentados no Quadro 2.1. A busca se deu realizando o cruzamento de todos os descritores da coluna “Unitermos relacionados à dependência de drogas” com todos os descritores da coluna “Unitermos relacionados à segurança alimentar e nutricional”.

Unitermos relacionados à dependência de drogas	Unitermos relacionado à segurança alimentar e nutricional
<i>Substance-Related Disorders</i> Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias	<i>Food Security</i> Segurança alimentar e nutricional
<i>Street Drugs</i> Drogas Ilícitas	<i>Food insecurity</i> Insegurança alimentar e nutricional
<i>Drug Users</i> Usuários de Drogas	<i>Nutrition</i> Nutrição
<i>Drug abuse</i> Abuso de drogas	<i>Nutritional Status</i> Estado nutricional
	<i>Hunger</i> Fome
	<i>Nutrition Assessment</i> Avaliação Nutricional
	<i>Malnutrition</i> Desnutrição
	<i>Deficiency Diseases</i> Deficiências nutricionais
	<i>Nutritional Rights</i> Direitos nutricionais (DHAA)

QUADRO 2.1- RELAÇÃO DE DESCRITORES
FONTE: A AUTORA (2012)

Foi estabelecido como critério de inclusão: pesquisas realizadas com indivíduos adultos, publicadas nos últimos 10 anos, nas línguas português, espanhol e inglês. Buscaram-se artigos que relacionassem aspectos da segurança alimentar e nutricional com a dependência de drogas. Foram excluídas pesquisas que, apesar de estudar os dois temas, não os relacionavam entre si.

2.3 RESULTADOS

A busca resultou em 34 artigos. Na base de dados Medline/Pubmed foram encontrados 33 artigos, na base Lilacs um e na Scielo-BR nenhum artigo foi encontrado. Os resultados revelaram que são raras as publicações sobre o tema no Brasil.

Após leitura e análise dos artigos, os resultados encontrados foram reunidos em três eixos que serão aqui discutidos: a insegurança alimentar e nutricional e dependência de drogas no âmbito familiar; a insegurança alimentar e nutricional dos usuários de drogas; aspectos nutricionais no tratamento para dependência de álcool e/ou outras drogas.

2.4 DISCUSSÃO

2.4.1 Insegurança alimentar e Nutricional e a dependência de drogas: o ciclo vicioso familiar

A pobreza e a miséria são importantes geradores de insegurança alimentar e nutricional nas famílias, seja pela falta de recursos financeiros para adquirir alimentos em quantidade e qualidade suficiente, capazes de possibilitar uma alimentação nutricionalmente adequada e diversificada, ou pelas condições inadequadas de vida, como falta de acesso à moradia, à terra e a serviços básicos, como Saúde e Educação.

Além de questões relacionadas à renda, outros fatores de risco à insegurança alimentar e nutricional têm sido estudados. Pesquisas demonstram que problemas relacionados à Saúde Mental, inclusive dependência de álcool e outras drogas, principalmente das mães, têm sido um fator de risco importante de insegurança alimentar nas famílias (MELCHIOR *et al.*, 2009; SALOOJEE *et al.*,

2007). As famílias cujas mães apresentam problemas de saúde mental podem ter aumentado o risco de insegurança alimentar devido a problemas nos cuidados gerais dos filhos, além daqueles relacionados especificamente com a alimentação, como o preparo e a aquisição de alimentos. O acesso a alimentos é também influenciado pela diminuição da renda familiar ocasionada por problemas relacionados ao trabalho (MELCHIOR *et al.*, 2009). Nos casos da dependência de álcool e outras drogas essa diminuição da renda pode ainda ser associada ao remanejamento do dinheiro destinado à compra de alimentos para a aquisição de drogas, comprometendo ainda mais a segurança alimentar e nutricional da família (MELCHIOR *et al.*, 2009; SALOOJEE *et al.*, 2007).

Além das repercussões que a utilização de drogas pode ocasionar na segurança alimentar da família, o uso de drogas na gestação também aparece como um grande problema, que repercute no estado nutricional e de saúde das mães e dos bebês. A prematuridade, bem como o baixo peso ao nascer têm sido amplamente associados ao uso de drogas durante o período pré-natal (HARRISON; SIDEBOTTOM, 2008; LITTLE *et al.*, 2005). São diversos os danos à saúde, tanto para a mãe quanto para o bebê, que o uso de drogas pode ocasionar. Estudos têm revelado que o uso regular de cocaína e os opiáceos estão relacionados com o baixo ganho de peso em mulheres grávidas, assim como deficiências no crescimento fetal e aumento do risco de prematuridade (VOLPE, 1992). O uso da maconha na gestação tem sido associado a problemas cognitivos na criança (FRIED, SMITH, 2001), já o uso do tabaco ao baixo peso ao nascer (WANG, TAGER, VAN VUNAKIS, *et al.*, 1997). A exposição fetal ao álcool é atualmente considerada uma das principais causas evitáveis de defeitos congênitos, retardo mental e desordens no desenvolvimento neurológico (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000). Além disso, o uso de drogas na gestação também tem sido associado ao risco de morte materna e infantil (WOLFE, DAVIS, GUYDISH *et al.*, 2005).

Mas não é apenas o uso de drogas por integrantes da família, durante a infância dos filhos ou mesmo durante a gestação, que pode promover a insegurança alimentar familiar. O contrário também ocorre. A desnutrição materna no período gestacional tem sido relacionada à doenças mentais na vida adulta do feto, inclusive à dependência de álcool e drogas, devido principalmente ao estresse metabólico provocado pela falta de nutrientes e energia durante a gestação (FRANZEK *et al.*,

2008; WEAVER, 2009). Um estudo caso-controle encontrou associação entre a exposição pré-natal a restrição alimentar no chamado “inverno da fome” na Holanda e a dependência a drogas na vida adulta. O “inverno da fome” foi um período de grande escassez de alimentos e fome na Holanda, ocorrido entre 1944-45 devido às consequências da Segunda Guerra Mundial e do inverno severo que assolou o país naquele período. Durante os meses considerados como o “pico da fome” (1 de fevereiro de 1945 - 12 de Maio de 1945) a ingestão alimentar diária média era inferior a 1000 kcal. Os participantes da pesquisa foram holandeses nativos que pertenciam a um programa de tratamento para dependentes de drogas em Roterdã, na Holanda, e os controles foram também holandeses nativos, nascidos entre 1944 e 1947. A exposição à fome durante o primeiro trimestre gestacional estava mais fortemente associada à dependência de drogas durante a vida. Isso ocorre, provavelmente, porque o primeiro trimestre é o período crucial para o desenvolvimento do sistema de recompensa do cérebro humano, que está envolvido com comportamento do vício (FRANZEK *et al.*, 2008).

Além do exposto, a própria vivência da insegurança alimentar e nutricional, com sua inconstância de alimentos e o sentimento de medo por viver a constante ameaça da fome, pode levar a sintomas de depressão e ao uso de drogas (ANEMA *et al.*, 2010; WEISER *et al.*, 2011).

Assim, de certa forma, a insegurança alimentar e nutricional e a dependência de drogas parecem formar um ciclo vicioso nas famílias. A insegurança alimentar e nutricional leva à dependência e a dependência leva à insegurança alimentar e nutricional.

É evidente a profunda relação entre esses dois fenômenos complexos, a insegurança alimentar e nutricional e a dependência de drogas. Mais evidentes ainda são os efeitos causados por ambos não apenas no âmbito do sujeito, mas em toda a família e na sociedade. As causas tanto de um quanto de outro são multifatoriais. Nesse sentido, torna-se fundamental a realização de pesquisas ainda mais aprofundadas sobre o tema, principalmente sob a luz da Sociologia, Antropologia e Psicologia.

2.4.2 A insegurança alimentar e nutricional dos usuários de drogas

O conceito de segurança alimentar e nutricional envolve desde a qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos até as condições ambientais para a produção, o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida da população (FREITA E PENA, 2007). Diante desse conceito amplo e dos diversos aspectos que envolvem a segurança alimentar e nutricional, uma das dificuldades apresentadas é a eleição de uma única metodologia capaz de avaliá-la de forma ampla em populações e grupos específicos. Sendo assim, normalmente, são empregados diferentes métodos para sua avaliação.

Nesta revisão, cinco artigos se propuseram a utilizar metodologias específicas para medir segurança alimentar e nutricional no grupo dos usuários de drogas, além de outras variáveis. Em todos os estudos a insegurança alimentar e nutricional foi prevalente entre usuários de drogas (ANEMA *et al.*, 2010; CAMPA *et al.*, 2005; HENDRICKS *et al.*, 2010; SHANNON *et al.*, 2011; TANG *et al.*, 2011).

Um estudo transversal analisou a prevalência do autorelato de fome em uma coorte de usuários de drogas injetáveis em Vancouver, Canadá. O autorelato de fome foi definido no estudo como responder "sim" à pergunta: "Você está com fome, mas não pode comprar comida suficiente?", sendo a pergunta extraída de uma escala validada para avaliação de insegurança alimentar (KENDALL, FRONGILLO, 1995). Além disso, também foram avaliados aspectos socio-econômicos e demográficos e relacionados à dependência. Participaram do estudo 1053 indivíduos, dos quais 681 (64,7%) relataram estar com fome e sem condições de comprar comida suficiente. O autorelato de fome também foi associado à habitação instável, gastos iguais ou superiores a US\$ 50/dia em drogas e sintomas de depressão. Esse estudo demonstrou que mesmo em países desenvolvidos o uso de drogas está associado à insegurança alimentar e nutricional. A dependência de drogas promove mudanças nos hábitos alimentares dos usuários. Normalmente há diminuição da ingestão e também diminuição do número de refeições. Além disso, tende-se a priorizar a aquisição da droga sobre todo resto, inclusive a ingestão de alimentos (ANEMA *et al.*, 2010).

Outro estudo, tendo o objetivo de determinar a prevalência de desnutrição e o estado metabólico dos usuários de drogas HIV-positivos e HIV-negativos que

vivem em Chennai, Sul da Índia, que envolveu 300 homens adultos usuários de drogas injetáveis, sendo 107 HIV positivos e 193 HIV negativos, verificou que 70% dos usuários de drogas HIV positivos e HIV-negativos apresentaram algum nível de insegurança alimentar e nutricional, sendo que 50% apresentavam insegurança alimentar grave (TANG *et al.*, 2011). Para avaliar a segurança alimentar, também foi aplicada a Escala de Insegurança Alimentar Doméstica (HFIAS) (COATES; SWINDALE; BILINSKY, 2006). O estudo também utilizou outras metodologias de avaliação do estado nutricional (avaliação da ingestão alimentar, por meio do recordatório 24h, IMC; exames bioquímicos, avaliação da composição corporal) que demonstraram, de forma geral, que a situação alimentar e nutricional dos indivíduos, tanto HIV positivos quanto negativos, estava altamente comprometida.

Outro estudo semelhante realizado com 119 usuários de drogas infectados pelo HIV em Miami, nos EUA, também encontrou alto déficit nutricional e insegurança alimentar e nutricional entre usuários de drogas com HIV (CAMPA *et al.*, 2005).

Um estudo longitudinal realizado nos EUA, em uma coorte com 881 indivíduos infectados com HIV, de ambos os sexos e com idades superiores a 18 anos, teve o objetivo de verificar as disparidades na situação de saúde entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e aqueles que nunca haviam utilizado drogas injetáveis (não-UDI), durante o período de 1995 e 2005. Verificou-se que a insegurança alimentar era significativamente maior no grupo dos UDIs do que no grupo dos não-UDIs. Além disso, os UDIs apresentaram menor ingestão de fibras e de micronutrientes, como ferro, zinco, vitamina A e selênio quando comparados aos não-UDIs (HENDRICKS *et al.*, 2010).

A insegurança alimentar e nutricional entre os usuários de drogas também foi demonstrada em outro estudo norte americano com 470 usuários de drogas HIV-positivos. A prevalência de insegurança alimentar grave entre os entrevistados foi de 71%. Verificou-se, também, forte associação entre insegurança alimentar com o uso frequente de cocaína e heroína e o fato de ser morador de rua (SHANNON *et al.*, 2011).

A desnutrição entre os usuários de drogas também foi demonstrada em diversos estudos (CAMPA *et al.* 2005; NAZRUL ISLAM *et al.*, 2002; TANG *et al.*, 2011). Usuários de drogas de forma geral apresentaram déficits antropométricos, como baixo IMC, bem como sinais bioquímicos de deficiências de nutrientes, como

baixos níveis de albumina sérica (NAZRUL ISLAM *et al.*, 2002), além de menor porcentagem de gordura corporal quando comparados a indivíduos não usuários de drogas (TANG *et al.*, 2010). A baixa ingestão alimentar de vitamina B6, vitamina B12, selênio e zinco também foi relacionada ao abuso de drogas (FORRESTER *et al.*, 2004), além de baixos níveis de vitamina A, E e C (MARQUEZ *et al.*, 2001; NAZRUL ISLAM *et al.*, 2001). O uso de drogas por longos períodos também está associado à diminuição da resposta imune (ISLAM *et al.*, 2004; KAUSHIK *et al.*, 2011).

Assim, o uso de drogas por si só já parece alterar de forma significativa o estado nutricional dos indivíduos. No entanto, quando esse uso está associado à infecção por HIV, essas repercussões podem ser ainda maiores.

Para os indivíduos que convivem com o vírus do HIV o bem-estar e a sobrevida são fortemente influenciados pelo estado nutricional. O HIV compromete o estado nutricional de formas complexas e pode promover a desnutrição através de diversos mecanismos. O uso de drogas se sobrepõe a isso e pode levar a prejuízos ainda maiores no estado nutricional. Estudos têm demonstrado que o uso de drogas por pacientes com HIV está associado a baixos índices de massa corporal (QUACH *et al.*, 2008), menores níveis de CD4 (QUACH *et al.*, 2008; HENDRICKS *et al.*, 2010), a baixos níveis de albumina sérica (QUACH *et al.*, 2008; MIGUEZ *et al.*, 2003), menores níveis de selênio, que tem papel fundamental no sistema imunitário (SHOR-POSNER *et al.*, 2002; BURBANO *et al.*, 2001), além de anemia (HENDRICKS, GORBACH, SHERWOOD, 2009; SEMBA *et al.*, 2001).

A droga pode interferir na absorção de nutrientes, alterar o apetite ou o metabolismo. Co-infecções têm sido encontradas em pacientes usuários de drogas com HIV positivo, como hepatite em usuários de drogas injetáveis por exemplo. Além disso, o próprio estilo de vida dos usuários de drogas crônicos pode promover déficits no estado nutricional, devido a prejuízos no acesso a alimentação e saúde (HENDRICKS, GORBACH, SHERWOOD, 2009).

2.4.3 Nutrição no processo de recuperação da dependência de drogas

Apesar do uso de drogas estar associado à desnutrição, o ganho de peso excessivo e padrões disfuncionais de alimentação tem sido observados em pacientes em recuperação para dependência de drogas (COWAN; DEVINE, 2008; EMERSON *et al.*, 2009). O início do tratamento é descrito com alterações de humor e compulsão alimentar. O alimento é usado como um substituto da droga. Pacientes em recuperação buscam-no para satisfazer o desejo da droga, sendo que, normalmente, os alimentos eleitos são aqueles ricos em açúcar e gordura. Pacientes em estágio mais avançado de recuperação têm relatado desconforto com o peso e dificuldades em perdê-lo (COWAN; DEVINE, 2008).

Algumas teorias tentam explicar esse aumento de peso e compulsão alimentar durante a recuperação da dependência de drogas. Diante dos inúmeros momentos de privação alimentar que o usuário de drogas vive durante a drogadição, o aumento da ingestão de alimentos estaria relacionado a mecanismos biológicos de recuperação do peso e aumento das reservas energéticas. Além disso, alguns mecanismos neurológicos anormais podem desempenhar um papel nas doenças alimentares observadas no início do processo recuperação. A dopamina é um neurotransmissor ligado ao prazer, como comida, sexo ou drogas e pessoas com alterações no seu receptor (D2) poderiam ser mais vulneráveis ao uso de drogas e a obesidade (COWAN; DEVINE, 2008; HEBER, CARPENTER, 2011; SEVAK *et al.*, 2008).

O papel de alguns nutrientes específicos também está sendo estudado no tratamento para uso drogas. Há crescentes evidências de que baixos níveis de ácidos graxos poliinsaturados desempenham papel na fisiopatologia de vários distúrbios psiquiátricos. Um estudo duplo cego randomizado encontrou melhora no nível de ansiedade em pacientes dependentes de drogas em tratamento, utilizando como suplemento uma combinação de ácido eicosapentaenóico (EPA) (20:5 n3) e ácido docosahexaenóico (DHA) (22:6n3) (BUYDENS-BRANCHEY, BRANCHEY, 2006).

Nesse sentido, é necessário que pacientes em recuperação para dependência de drogas sejam assistidos no campo nutricional, com incentivo a padrões alimentares saudáveis, além de aumento da atividade física. Manter um

estilo de vida saudável é essencial para uma recuperação bem sucedida (COWAN; DEVINE, 2008; GRANT *et al.*, 2004; POWELL, 2011; VIRMANI *et al.*, 2006, VIRMANI *et al.* 2007). Ademais, são necessárias pesquisas que busquem entender melhor as relações da alimentação com a dependência e tratamento para abuso de drogas, além de conhecer as conseqüências nutricionais do uso de drogas ilícitas, bem como o impacto das drogas sobre nutrientes específicos.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A insegurança alimentar e nutricional parece ser uma constante na vida dos usuários de drogas, devido a aspectos do seu comportamento e estrutura social. Usuários de drogas apresentam déficits antropométricos, além de diversas deficiências nutricionais. Quando somado ao uso de drogas está a infecção ao HIV, esses problemas nutricionais são ainda mais severos.

No âmbito familiar a insegurança alimentar e nutricional e a dependência de drogas parecem formar um ciclo vicioso. Problemas de dependência ao álcool e outras drogas, principalmente nas mães, é um fator de risco importante para a insegurança alimentar nas famílias. O uso de drogas na gestação também aparece como um grande problema, que repercute no estado nutricional e de saúde das mães e dos bebês, promovendo a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Porém, o contrário também acontece: a desnutrição materna no período gestacional tem sido relacionada à doenças mentais na vida adulta do feto, inclusive à dependência de álcool e outras drogas. Mas, além disso, o medo da fome e os sentimentos de ansiedade e/ou desânimo pela instabilidade de alimento fazem com que muitos procurem refúgio na droga.

No processo de recuperação para a dependência, aspectos nutricionais também apresentam papel relevante. Indivíduos dependentes de drogas, com seu histórico de deficiências nutricionais, durante o período de recuperação tendem a buscar nos alimentos ricos em gordura e açúcar alívio para seu desejo de uso drogas, promovendo assim o ganho de peso excessivo, sem, no entanto, melhorar a qualidade da dieta e prejudicando ainda mais os déficits de micronutrientes.

Esta revisão pôde encontrar a relação entre a dependência de drogas e alguns aspectos da insegurança alimentar e nutricional. Todavia, foram poucos os

estudos que foram além dos aspectos biológicos da segurança alimentar e nutricional e procuraram abranger aspectos culturais e sociais do tema. Outro ponto negativo foi a escassez de publicações brasileiras na área. Tendo em vista a relevância do tema e a grave expansão da drogadição na sociedade brasileira, que tem se transformado em um problema de saúde pública, faz-se necessário que sejam estudados especificamente aspectos como prevalência de insegurança alimentar nesse grupo, aspectos nutricionais dos dependentes, o papel da Nutrição nos processos de recuperação, além do desenvolvimento de políticas públicas que incluam a garantia ao direito humano à alimentação, como forma de prevenção ao uso de drogas.

REFERÊNCIAS

ANEMA, A. *et al.* Hunger and associated harms among injection drug users in an urban Canadian setting. **Subst. Abuse Treat. Prev. Policy**, v. 5, n. May 1996, p. 20, 2010. Disponível em:
<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2939627&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. .

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. Fetal alcohol syndrome and alcohol-related neuro- developmental disorders. **Pediatrics**. 2000 Aug;106(2 Pt 1):358–61. >. In HARRISON, P. A; SIDEBOTTOM, A. C. Systematic prenatal screening for psychosocial risks. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 19, n. 1, p. 258-76, 2008. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264001>>. .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, D.F., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1 ed. em português ampl., Brasília, D.F., 2004.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 179, p. 1, set. 2006. Seção 1.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, D.F., 2007.

BRASIL. Emenda Constitucional Nº 64, de 4 fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União**. Brasília, D.F., 4 de fevereiro de 2010.

BURBANO, X. *et al.* Thrombocytopenia in HIV-infected drug users in the HAART era. **Platelets**, v. 12, n. 8, p. 456-61, 2001. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11798394>>. .

BUYDENS-BRANCHEY, L.; BRANCHEY, M. N-3 Polyunsaturated Fatty Acids Decrease Anxiety Feelings in a Population of Substance Abusers. **Journal of clinical psychopharmacology**, v. 26, n. 6, p. 661-5, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17110827>>. Acesso em: 25/2/2012.

CAMPA, A *et al.* HIV-related wasting in HIV-infected drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, v. 41, n. 8, p. 1179-85, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16163638>>. .

COATES, J., SWINDALE, A., BILINSKY, P., 2006. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide (v.2). Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development, Washington, DC, Available from: <http://www.foodsec.org/tr/nut/hfias.pdf> (accessed on: 9.23.10). In TANG *et al.* Malnutrition in a population of HIV-positive and HIV-negative drug users living in Chennai, South India. **Drug and alcohol dependence**, v. 118, n. 1, p. 73-7, 2011. Elsevier Ireland Ltd. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3130882&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 25/2/2012.

COWAN, J.; DEVINE, C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. **Appetite**, v. 50, n. 1, p. 33-42, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17602790>>. Acesso em: 25/2/2012.

EMERSON, M. H. *et al.* Unhealthy weight gain during treatment for alcohol and drug use in four residential programs for Latina and African American women. **Substance use & misuse**, v. 44, n. 11, p. 1553-65, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19938931>>. Acesso em: 25/2/2012.

FAO. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **An Introduction to the Basic Concepts of Food Security**, 2012. Disponível em <http://www.fao.org/docrep/013/al936e/al936e00.pdf>. Acessado em 04/02/2012.

FORRESTER, J. E.; TUCKER, K. L.; GORBACH, S. L. Dietary intake and body mass index in HIV-positive and HIV-negative drug abusers of Hispanic ethnicity. **Public Health Nutrition**, v.7, n.7, Oct. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15482611>>. .

FRANZEK, E. J *et al.* Prenatal exposure to the 1944-45 Dutch “hunger winter” and addiction later in life. **Addiction** (Abingdon, England), v. 103, n. 3, p. 433-8, 2008.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18190668>>. Acesso em: 4/11/2011.

FREITAS, M. C. S. de; PENA, P. G. L. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 1, Feb. 2007. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000100008&lng=en&nrm=iso. access on 27 Sept. 2009. doi: 10.1590/S1415-52732007000100008.

FRIED P.A., SMITH A.M. A literature review of the consequences of prenatal marihuana exposure. An emerging theme of a deficiency in aspects of executive function. **Neuro- toxicol Teratol**, v. 1, n. 1, p. 1–11, 2001,. >. In HARRISON, P. A; SIDEBOTTOM, A. C. Systematic prenatal screening for psychosocial risks. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 19, n. 1, p. 258-76, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264001>>. .

GRANT, L. P.; HAUGHTON, B.; SACHAN, D. S. Nutrition education is positively associated with substance abuse treatment program outcomes. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 104, n. 4, p. 604-10, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15054346>>. Acesso em: 25/2/2012.

HARRISON, P. A; SIDEBOTTOM, A. C. Systematic prenatal screening for psychosocial risks. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 19, n. 1, p. 258-76, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264001>>. .

HEBER, D.; CARPENTER, C. L. Addictive genes and the relationship to obesity and inflammation. **Molecular neurobiology**, v. 44, n. 2, p. 160-5, 2011. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3180592&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 9/11/2011.

HENDRICKS, K. M. *et al.* Nutrition issues in the HIV-infected injection drug user: findings from the nutrition for healthy living cohort. **Journal of the American College of Nutrition**, v. 29, n. 2, p. 136-43, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20679149>>. .

HENDRICKS, K.; GORBACH, S. Nutrition issues in chronic drug users living with HIV infection. **Addiction science & clinical practice**, v. 5, n. 1, p. 16-23, 2009. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2797116&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. .

ISLAM, S. K. N. *et al.* Serum immunoglobulins and white blood cells status of drug addicts: influence of illicit drugs and sex habit. **Addiction biology**, v. 9, n. 1, p. 27-33, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203436>>. Acesso em: 22/12/2011.

KAUSHIK, K. S.; KAPILA, K.; PRAHARAJ, A K. Shooting up: the interface of microbial infections and drug abuse. **Journal of medical microbiology**, v. 60, n. Pt 4, p. 408-22, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21389334>>. Acesso em: 25/2/2012.

KENDALL A, OLSON CM, FRONGILLO EA JR: Validation of the Radmier/Cornell measures of hunger and food insecurity. **J Nutr**, 1 v. 125, n. 11, p. 2793-2801, 1995. In ANEMA, A.; WOOD, E.; WEISER, S. D. *et al.* Hunger and associated harms among injection drug users in an urban Canadian setting. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, v. 5, n. May 1996, p. 20, 2010. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2939627&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. .

LIEBER, C. S. The influence of alcohol on nutrition status. **Nutr. Rev.** 46:241, 1988.

LITTLE, M.; SHAH, R.; VERMEULEN, M. J. *et al.* Adverse perinatal outcomes associated with homelessness and substance use in pregnancy. **CMAJ : Canadian Medical Association journal journal de l'Association medicale canadienne**, v. 173, n. 6, p. 615-8, 2005. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1197161&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 26/2/2012.

MALUF, R. S. J. **Segurança Alimentar e Nutricional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MARQUEZ, M. *et al.* Niveles Séricos de Vitamina C en Adultos Jóvenes Consumidores Crónicos de Drogas de Abuso. **Invest. clín. [online]**, v. 42, n. 3, 2001, p.183-194. Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332001000300004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0535-5133. Acesso em: 29/02/2012

MELCHIOR, M. *et al.* Mental health context of food insecurity: a representative cohort of families with young children. **Pediatrics**, v. 124, n. 4, p. 564-72, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19786424>>. Acesso em: 19/9/2011.

MIGUEZ, M. J. *et al.* HIV treatment in drug abusers: impact of alcohol use. **Addiction biology**, v. 8, n. 1, p. 33-7, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12745413>>. Acesso em: 25/2/2012.

NAZRUL ISLAM, S. K. *et al.* Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle. **The British journal of nutrition**, v. 88, n. 5, p. 507-13, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12425731>>. Acesso em: 25/2/2012.

NAZRUL ISLAM, S. K.; JAHANGIR HOSSAIN, K; AHSAN, M. Serum vitamin E, C and A status of the drug addicts undergoing detoxification: influence of drug habit, sexual practice and lifestyle factors. **European journal of clinical nutrition**, v. 55, n. 11, p. 1022-7, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11641753>>. Acesso em: 27/2/2012.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova York, 1948.

POWELL, G. Wound care for injecting drug users: part 1. **Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)**, v. 25, n. 46, p. 51-2, 54, 56, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21894677>>. .

QUACH, L. A *et al.* Drug use and other risk factors related to lower body mass index among HIV-infected individuals. **Drug and alcohol dependence**, v. 95, n. 1-2, p. 30-6, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18243579>>. Acesso em: 10/11/2011.

SALOOJEE, H. *et al.* What's new? Investigating risk factors for severe childhood malnutrition in a high HIV prevalence South African setting. **Scandinavian journal of public health**. Supplement, v. 69, p. 96-106, 2007. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2830109&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 25/2/2012.

SEMBA, R. D.; SHAH, N.; VLAHOV, D. Improvement of anemia among HIV-infected injection drug users receiving highly active antiretroviral therapy. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, v. 26, n. 4, p. 315-9, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11317071>>. .

SEVAK, R. J. *et al.* Feeding conditions differentially affect the neurochemical and behavioral effects of dopaminergic drugs in male rats. **European journal of pharmacology**, v. 592, n. 1-3, p. 109-15, 2008. Disponível em:

<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2603169&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 25/2/2012.

SHANNON, K. *et al.* Severe food insecurity is associated with elevated unprotected sex among HIV-seropositive injection drug users independent of HAART use. **AIDS** (London, England), v. 25, n. 16, p. 2037-42, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21811140>>. Acesso em: 31/12/2011.

SHOR-POSNER, G. *et al.* Impact of selenium status on the pathogenesis of mycobacterial disease in HIV-1-infected drug users during the era of highly active antiretroviral therapy. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, v. 29, n. 2, p. 169-73, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11832687>>. .

SIDEBOTTOM, A. C. Systematic prenatal screening for psychosocial risks. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 19, n. 1, p. 258-76, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264001>>. .

TANG, A. M. *et al.* Malnutrition in a population of HIV-positive and HIV-negative drug users living in Chennai, South India. **Drug and alcohol dependence**, v. 118, n. 1, p. 73-7, 2011. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3130882&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 25/2/2012.

TANG, A. M. *et al.* Heavy injection drug use is associated with lower percent body fat in a multi-ethnic cohort of HIV-positive and HIV-negative drug users from three U.S. cities. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 36, n. 1, p. 78-86, 2010. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2837874&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 25/2/2012.

VIRMANI, A. *et al.* Links between nutrition, drug abuse, and the metabolic syndrome. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1074, p. 303-14, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17105926>>. Acesso em: 21/2/2012.

VIRMANI, A. *et al.* Metabolic syndrome in drug abuse. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1122, n. 39, p. 50-68, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18077564>>. Acesso em: 25/2/2012.

VOLPE, J. J. Effect of cocaine use on the fetus. **N Engl J Med.**, v. 327, n. 6, p. 399-407. In HARRISON, P. A; SIDEBOTTOM, A. C. Systematic prenatal screening for

psychosocial risks. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 19, n. 1, p. 258-76, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264001>>.

WANG, X., *et al.* Maternal smoking during pregnancy, urine cotinine concentrations, and birth outcomes. A prospective cohort study. **Int J Epidemiol.**, v. 26, n. 5, p. 978–88. In HARRISON, P. A; SIDEBOTTOM, A. C. Systematic prenatal screening for psychosocial risks. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 19, n. 1, p. 258-76, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264001>>. .

WEAVER, I. C. G. Shaping adult phenotypes through early life environments. **Birth defects research. Part C, Embryo today : reviews**, v. 87, n. 4, p. 314-26, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19960543>>. Acesso em: 12/7/2011.

WEAVER, LJ; HADLEY, C. Moving Beyond Hunger and Nutrition: A Systematic Review of the Evidence Linking Food Insecurity and Mental Health in Developing Countries, **Ecology of Food and Nutrition**, v. 48, n.4, p. 263-284, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/03670240903001167>

WEISER, S. D. *et al.* Conceptual framework for understanding the bidirectional links between food insecurity and HIV/AIDS. **The American journal of clinical nutrition**, v. 94, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22089434>>. Acesso em: 18/11/2011.

WOLFE E.L. *et al.* Mortality risk associated with perinatal drug and alcohol use in California. **J Perinatol.** v. 25, n. 2, p. 93–100. In HARRISON, P. A; SIDEBOTTOM, A. C. Systematic prenatal screening for psychosocial risks. **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 19, n. 1, p. 258-76, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18264001>>. .

CAPÍTULO 3. O CONSUMO ALIMENTAR DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

3.1 INTRODUÇÃO

A dependência de álcool e outras drogas é um problema que afeta pessoas em todo o mundo. Existe uma gama de problemas sociais e de saúde ligados ao uso abusivo das drogas. Dentre eles pode ser destacado a má nutrição. A desnutrição entre os usuários de drogas tem sido demonstrada em alguns estudos (CAMPA *et al*, 2005; NAZRUL *et al*, 2002; TANG *et al*, 2011). Usuários de drogas de forma geral apresentaram deficits antropométricos, como baixos índices de massa corporal (IMC), sinais bioquímicos de deficiências de nutrientes; baixos níveis de albumina sérica (NAZRUL *et al*, 2002); menor porcentagem de gordura corporal quando comparados a indivíduos não usuários de drogas (TANG *et al*, 2010), além de comprometimento da resposta imune (ISLAM *et al*, 2004; KAUSHIK, KAPILA e PRAHARAJ, 2011).

O abuso de drogas ilícitas pode influir nas mudanças de hábitos alimentares, comprometer a absorção de nutrientes, modificar o apetite e/ou o metabolismo. Ademais, o próprio estilo de vida dos usuários de drogas crônicos pode levar a deficiências no estado nutricional, devido a prejuízos no acesso a alimentação, saúde, habitação e autocuidado (HENDRICKS e GORBACH, 2009; MARQUEZ e RINCON, 2001; NAZRUL, JAHANGIR e AHSAN, 2001; ISLAM *et al*, 2004; KAUSHIK, KAPILA e PRAHARAJ, 2011).

A avaliação do consumo alimentar é fundamental para conhecer aspectos referentes à dieta de grupos e indivíduos, hábitos alimentares, investigar a participação de nutrientes na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, monitorar ingestão de diferentes alimentos ou grupos de alimentos, estimar a adequada ingestão de nutrientes, além de servir como suporte para planejamento de políticas públicas na área de alimentação e nutrição (FISBERG, MARCHIONI e MARTINI, 2005; FISBERG, MARCHIONI, COLUCCI, 2009; SAHNI, FORRESTER e TUCKER, 2007).

Atualmente, existem diversas metodologias utilizadas na investigação da ingestão alimentar. No entanto, avaliar o consumo alimentar não é tarefa fácil, tendo em vista a complexidade da alimentação humana, que envolve aspectos biológicos, socioeconômicos e culturais. Além disso, os próprios métodos de avaliação do consumo alimentar apresentam, por si só, vantagens e limitações. Assim, tendo em vista as dificuldades metodológicas referentes à avaliação do consumo alimentar, não há um instrumento de inquérito dietético ideal. A escolha pelo melhor instrumento deve ser feita considerando os objetivos do estudo e a população a ser estudada (FISBERG, MARCHIONI e MARTINI, 2005).

A população de dependentes de álcool e outras drogas pode apresentar algumas particularidades, que contribuem para dificultar a aplicação de alguns instrumentos de avaliação do consumo alimentar, como possíveis alterações na memória e nos hábitos alimentares; grandes períodos de jejum; diminuição na cooperação; vulnerabilidade social, que pode levar à falta de aderência a tratamentos de saúde e à falta de habitação fixa e consequente dificuldade em acessar esses indivíduos em mais de uma visita; entre outros.

Diante disso, este capítulo realiza uma revisão na literatura sobre os métodos empregados na avaliação do consumo alimentar de dependentes de álcool e outras drogas e sobre os principais resultados encontrados.

3.2 METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas Scielo-Brasil (*Scientific Eletronic Library Online*), Lilacs (*Literature in the Health Sciences in Latin America and the Caribbean*) e Medline/Pubmed via National Library of Medicine, nos meses de junho e julho de 2012, com o objetivo de identificar estudos nacionais e internacionais que realizaram investigação dietética em dependentes de álcool e outras drogas. Os descritores em português utilizados na busca foram *usuários de drogas; transtornos relacionados ao uso de substâncias; alcoolismo; consumo de alimentos; inquéritos sobre dietas; ingestão de alimentos e*

seus correspondentes em inglês *drug users; substance-related disorders; drug abuse; alcoholism; dietary intake; eating, food intake; diet survey*.

Como critério de inclusão foi estabelecido que apenas pesquisas realizadas em seres humanos, adultos, dependentes de álcool e outras drogas, publicadas nos últimos dez anos, em português, espanhol e inglês seriam selecionadas.

3.3 RESULTADOS

A busca resultou na seleção de dez artigos, nove na base de dados Medline/Pubmed e um na Scielo-BR. O quadro 3.1 apresenta os artigos selecionados e analisados, segundo os autores e ano da publicação, as características da amostra, objetivo do estudo e método de avaliação do consumo alimentar utilizado.

AUTOR(A)/ ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA	MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR
Tang <i>et al</i> (2011)	Determinar a prevalência de desnutrição e o estado metabólico de usuários de drogas HIV-positivos e HIV-negativos que vivem em Chennai, sul da Índia.	Homens usuários de drogas injetáveis. Chennai, Índia. n=300	Recordatório 24h.
Baum <i>et al</i> (2003)	Avaliar o zinco em usuários de drogas ilícitas infectados pelo HIV	Uma coorte de usuários de drogas HIV-positivo, avaliados a cada seis meses, entre 1994 a 1998. Miami, Flórida, EUA. n=118	Questionário de frequência alimentar (QFA) semi-quantitativo de Wille; Recordatório 24h.
Sahni, Forrester e Tucker (2007)	Selecionar um método de avaliação dietética mais apropriado para adultos hispânicos usuários de drogas com e sem HIV e examinar o efeito do uso de drogas sobre o estado nutricional de hispânicos com o HIV.	Hispânicos; divididos em 3 grupos: 1) infectados pelo HIV e usuários de drogas, 2) usuários de drogas não infectados pelo HIV e 3) infectados pelo HIV que não usam drogas. n=286	Questionário de frequência alimentar (QFA); Recordatório 24h; Registro alimentar de 3 dias
Forrester, Tucker e Gorbach (2004)	Determinar a relação entre o abuso de drogas e a ingestão dietética de hispano-americanos com e sem HIV.	Hispânicos, divididos em 3 grupos : 1) HIV-positivo e usuários de drogas; 2) HIV-positivo e não usuário de droga; 3) HIV-negativo e usuário de drogas. Boston, Massachusetts, EUA. n=284	Um recordatório 24h e um registro alimentar de 3 dias ou dois Recordatórios 24h.
Luis <i>et al</i> (2010)	Avaliar o consumo alimentar em usuários de maconha	Homens. Usuários de maconha por mais de um ano e pertencentes a um centro de reabilitação para dependência de drogas na Espanha. n=32	Registro alimentar de 3 dias
Sobral-Oliveira <i>et al</i> (2011)	Identificar alterações nutricionais e de composição corporal em alcoolistas estáveis	3 grupos de indivíduos: 1) indivíduos com pancreatite alcoólica crônica. 2) alcoolistas, sem doença visceral. 3) indivíduos que não bebem (controles). São Paulo, Brasil. n=48	Registro alimentar de 7 dias
			Continua

Conclusão			
Cowan e Devine (2008)	Compreender como os homens em diferentes estágios do processo de recuperação da dependência de substâncias experienciam as alterações de peso e como eles descrevem as funções e significados da alimentação e comportamentos alimentares durante a recuperação.	Homens em diferentes estágios de recuperação para dependência. n=25	Metologia qualitativa: Entrevista em profundidade
Neale <i>et al</i> (2012)	Oferecer novas ideias sobre padrões alimentares de usuários de heroína para fundamentar intervenções nutricionais.	Usuários e ex-usuários de heroína. n=40	Metologia qualitativa: Entrevista em profundidade
Wagnerberger <i>et al</i> (2008)	Calcular a ingestão de alguns nutrientes selecionados em pacientes do sexo masculino e feminino com doença hepática induzida por álcool e investigar se existem diferenças de gênero na ingestão de macro e micronutrientes.	Pacientes do sexo masculino e feminino com doença hepática induzida por álcool. n=210	História dietética orientada por um programa de computador
Saeland <i>et al.</i> (2011)	Analisar os hábitos alimentares de dependentes de drogas que vivem à margem da sociedade.	Dependentes de drogas. Oslo, Noruega. n=195	Recordatório 24 h. Entrevista semi-estruturada sobre preferências e acesso aos alimentos

QUADRO 3.1 - RELAÇÃO DE ARTIGOS SELECIONADOS SOBRE MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, CONFORME AUTORIA E ANO DE PUBLICAÇÃO, CARACTERÍSTICAS GERAIS AMOSTRA, OBJETIVO DO ESTUDO E MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

3.4 DISCUSSÃO

Sabe-se que o método mais prático e econômico para a coleta de dados dietéticos em nível populacional é o questionário de frequência alimentar (QFA), pois são geralmente fáceis de completar e relativamente baratos. Também são considerados os melhores instrumentos para captar a ingestão dietética habitual. Como desvantagens desse método pode-se citar a menor capacidade de recolher detalhes sobre alimentos específicos consumidos, métodos de cocção e tamanhos das porções. Outra limitação do QFA é que o método depende de uma lista predeterminada de itens de alimentos que apenas pode ser utilizada na população para a qual foi desenvolvida e, subsequentemente, validada (variações entre grupos populacionais).

Dessa forma, o recordatório de 24 horas (R24h) e o registro alimentar de três dias (R3dias) fornecem informações mais específicas sobre o consumo, sobretudo com relação à quantificação. No entanto, esses métodos também apresentam suas limitações, pois o número de dias avaliados com relação ao consumo alimentar é restrito. A avaliação utilizando muitos dias do registro alimentar torna este método dispendioso e exige indivíduos altamente motivados.

Nos artigos selecionados, os métodos de investigação do consumo alimentar utilizados foram recordatório 24h, Questionário de Frequência Alimentar, Registro Alimentar de três e sete dias, História Dietética, além de metodologias qualitativas, que utilizaram em sua maioria entrevistas. O método mais frequentemente utilizado foi o recordatório 24 horas, empregado em cinco artigos, em um estudo de forma isolada e nos demais associados a outros métodos de investigação.

Dentre os estudos, que não envolviam indivíduos institucionalizados, percebeu-se a dificuldade na aplicabilidade de métodos que necessitam do registro alimentar por mais de um dia nessa população específica. Esse fato foi abordado por Sahni, Forrester, Tucker (2007). Nessa pesquisa foram selecionados inicialmente 286 indivíduos para a realização do Registro Alimentar de três dias. No entanto, menos da metade (n=142) os entregaram preenchidos (SAHNI, FORRESTER e TUCKER, 2007).

No estudo, realizado por Forrester, Tucker, Gorbach (2004), esta situação também pôde ser verificada. Nesse estudo foi realizada a primeira entrevista, que continha a aplicação de um recordatório 24h. O pesquisado era orientado a realizar um registro alimentar de três dias. Na segunda visita era requisitado esse registro. Caso não tivesse sido realizado ou não estivesse preenchido de forma adequada um novo recordatório 24h era aplicado. A partir da média desses inquéritos foi avaliado o consumo alimentar dessa população. Dentre os 284 participantes, apenas 139 completaram os registros alimentares de três dias (49%). Essas situações sugerem que métodos de registro alimentar não são indicados para populações de dependentes de álcool e outras drogas não institucionalizados.

Sahni, Forrester e Tucker (2007) encontraram a mesma dificuldade no estudo cujo objetivo era selecionar um método de avaliação dietética mais apropriado para adultos hispânicos usuários de drogas com e sem infecção pelo HIV. Participaram da pesquisa 286 indivíduos. Para todos os participantes foram aplicados na entrevista inicial o QFA e o R24h e posteriormente os participantes foram convidados a realizar um R3dias. Desses apenas 141 indivíduos completaram o R3dias, o QFA apenas 260 e o R24h 251. As análises foram limitadas a indivíduos que tinham terminado pelo menos duas das três metodologias dietéticas e a amostra final analítica continha 250 pacientes. Quando comparados os métodos, os consumos médios de energia e nutrientes foram mais semelhantes entre o QFA e R24h. O método R3dias subestimou a ingestão média de energia e nutrientes em comparação com outros métodos. As autoras concluíram que dos três métodos testados o QFA parece ser o mais útil para avaliar a ingestão habitual nessa população. O R3dias parece não ser indicado, uma vez que subestimou o consumo médio comparado aos outros métodos e também teve pouca adesão dos participantes. O R24h parece fornecer boas estimativas de consumo absoluto. No entanto, não é indicado para avaliar a ingestão habitual com uma única administração. Múltiplos R24h poderiam fornecer boas avaliações, mas seriam necessárias mais pesquisas para determinar a tolerância dos indivíduos com essas várias solicitações.

Entre os estudos selecionados nesta busca, diversos envolviam usuários de drogas infectados pelo HIV. Dentre eles um estudo buscou determinar a prevalência de desnutrição e o estado metabólico de usuários de drogas HIV-positivos e HIV-negativos que vivem em Chennai, sul da Índia, envolvendo 300 indivíduos usuários

de drogas injetáveis (107 HIV-positivos e 193 HIV-negativos) do sexo masculino e adultos. Para avaliar a dieta foi utilizado um recordatório 24 horas, que demonstrou que os indivíduos usuários de droga HIV-positivos apresentaram significativamente baixos níveis de consumo de energia, lipídios e proteínas em comparação com o grupo HIV-negativo. Os autores destacam, no entanto, que a ingestão de lipídios foi baixa em ambos os grupos 22,5% da ingestão calórica total nos indivíduos usuários de drogas HIV-positivos e 25% dos indivíduos usuários de drogas HIV-negativo (TANG *et al*, 2011).

Outro estudo também envolveu usuários de drogas infectados com HIV e tinha o objetivo de determinar a relação entre o abuso de drogas e a ingestão dietética por parte de hispano-americanos com e sem infecção por HIV. Foram avaliados 284 indivíduos (212 do sexo masculino e 72 do sexo feminino), divididos em três grupos: 1) HIV-positivo e usuário de drogas; 2) HIV-positivo e não usuário de drogas; 3) HIV-negativo e usuário de drogas. O recrutamento foi feito nas ruas, em abrigos, clínicas de saúde e consultórios médicos. Os participantes foram atendidos no *General Clinical Research Center of the New England Medical Center*, em Boston, EUA. A avaliação foi feita em duas consultas, com um intervalo de dez dias, por meio de dois recordatórios de 24h (média de dois dias) ou um recordatório 24h e um registro alimentar de três dias (média de quatro dias). Nesta pesquisa os autores analisaram os dados separados por sexo. Nos principais achados em relação ao consumo alimentar, pode-se destacar que dentre os homens participantes da pesquisa não foi encontrada diferença significativa na ingestão de energia, lipídios e fibras entre os três grupos. Porém, quando comparados o grupo dos não usuários de drogas HIV-positivo com grupo de usuários de drogas HIV-negativo, a ingestão de carboidrato foi significativamente menor no grupo dos não usuários de drogas HIV-positivo e a ingestão de proteína foi significativamente maior neste grupo. Em relação aos micronutrientes o grupo de usuários de drogas HIV-negativo apresentou valores significativamente menores de consumo de vitamina A, alfa-tocoferol e vitamina B12 que indivíduos não usuários de drogas HIV-positivo. A ingestão de vitamina B12 e vitamina B6 também era significativamente menor no grupo dos usuários de drogas HIV-negativo quando comparadas à ingestão desses nutrientes pelo grupo dos usuários de drogas HIV-positivo. Quando compara-se o grupo de indivíduos HIV-positivo que usa droga com o grupo de HIV-positivo que não usa

droga não se encontra diferença significativa para os nutrientes estudados (FORRESTER; TUCKER e GORBACH, 2004).

Entre as mulheres também não houve diferença significativa na ingestão de energia nos três grupos. Já a ingestão de proteína foi significativamente maior no grupo dos não usuários de drogas HIV-positivo do que nos outros dois grupos. O grupo de não usuários de drogas HIV-positivo também teve uma maior ingestão de fibras e carboidratos quando comparado ao grupo de usuários de drogas HIV-negativo. Quando avalia-se vitamina A e vitamina B6 verifica-se que os usuários de drogas HIV-negativo tiveram uma menor ingestão comparados com usuários drogas HIV-positivo, vitamina B6 foi também significativamente menor no grupo dos usuários de drogas HIV-negativo quando comparado ao grupo de não usuários de drogas HIV-positivo (FORRESTER; TUCKER e GORBACH, 2004).

Em relação à adequação aos valores de referências recomendados pela *Dietary Recommended Intakes-DRI* (DRI, 2002), o estudo encontrou consumo adequado de vitamina A, B6, B12, selênio e zinco. Apenas o alfa-tocoferol apresentou ingestão abaixo do recomendado, mas isso não diferiu daquela encontrada na população geral dos EUA. Outro achado importante foi a verificação de que quanto maior é a frequência do uso de drogas menor é a ingestão de vitamina B12, B6, selênio e zinco, o que poderia ser relacionado com a menor ingestão de carne e derivados na população de usuários de drogas (FORRESTER; TUCKER e GORBACH, 2004).

Os inquéritos R 24 horas e o QFA semi-quantitativo Willet (desenvolvido na School of Public Health, Harvard University, Boston, MA) também foram utilizados para avaliar o consumo de zinco em uma coorte de usuários de drogas infectados pelo HIV. Os participantes foram avaliados a cada seis meses, entre 1994 e 1998, em Miami, Flórida (EUA). A análise da ingestão total de zinco demonstrou que a maioria dos indivíduos HIV-positivos consumia uma quantidade inadequada de zinco com uma média de ingestão de 10,1 ($\pm 5,5$) mg/dia, sendo que 86% não alcançavam os valores diários recomendados pela Food and Drug Administration para o zinco de 12 mg de zinco/dia para mulheres e 15 mg de zinco/dia para homens. A suplementação também não foi freqüente entre os participantes. Apenas 7% relataram tomar suplementos de zinco. Esses fatos revelam que indivíduos HIV-positivo usuários de drogas estão em um alto risco de desenvolver deficiência de zinco, sendo uma das causas a baixa ingestão dietética. Além disso, outro fator

preocupante que os autores puderam demonstrar, por meio de um modelo de COX, foi que essa deficiência de zinco é um preditor independente da progressão mais rápida da doença e do aumento da mortalidade nessa população (BAUM *et al.*, 2003).

Sobral-Oliveira *et al.* (2011), objetivando identificar alterações nutricionais e de composição corporal em alcoolistas estáveis, pesquisaram 48 indivíduos divididos em três grupos: grupo 1 (n 20), indivíduos com pancreatite alcoólica crônica; grupo 2 (n 12), alcoolistas, sem doença visceral; grupo 3 (n 16), formado por indivíduos que não bebem e são adultos saudáveis (controles), no Hospital das Clínicas, São Paulo, Brasil. O estudo verificou o consumo alimentar por meio do registro alimentar de 7 dias. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para os nutrientes avaliados (carboidratos, lipídios e proteínas). De forma geral, a distribuição dos macronutrientes era adequada com 1.0-1.2 g/kg/dia de proteína e menos de 30% da energia na forma de lipídios. Nenhum paciente tinha recebido suplementos alimentares ou vitaminas nos últimos três meses.

A história dietética orientada por um programa de computador foi utilizada por Wagnerberger *et al* (2008) para identificar diferenças de gênero na ingestão de macro e micronutrientes em pacientes do sexo masculino e feminino com doença hepática induzida por álcool (ALD). Foram envolvidos na pesquisa 210 indivíduos, sendo 158 homens e 52 mulheres, em diferentes estágios de ALD. ALD1: fase leve de danos no fígado. ALD2: moderada alterações no fígado, com sinais de inflamação hepática. ALD3: função hepática severamente prejudicada. Além disso, participaram da pesquisa 336 controles (208 homens e 128 mulheres saudáveis). O estudo verificou que não houve diferenças importantes entre homens e mulheres em relação à ingestão (Kcal/kg de peso/dia) de proteínas, carboidratos, lipídios e para a maioria dos micronutrientes. Em mulheres com ALD, verificou-se maior ingestão de vitamina C (ALD3), cálcio (ALD2), ferro (ALD1 e ALD2), e zinco (ALD1) do que nos homens, mas o consumo de nenhum destes micronutrientes parece contribuir para uma maior susceptibilidade à ALD nas mulheres. O estudo também verificou que a ingestão diária de alguns micronutrientes ficou abaixo das recomendações dietéticas (DRI) para tiamina, ácido fólico, potássio e cálcio (WAGNERBERGER *et al*, 2008).

Em usuários de maconha, o consumo alimentar também foi avaliado. Participaram de um estudo 32 homens adultos que eram usuários de maconha por mais de um ano e pertencentes a um centro de reabilitação para dependência de

drogas na Espanha. Foi utilizado o Registro Alimentar de três dias como método de investigação. A distribuição calórica foi de 44,3% em carboidrato, 14% de proteína e 41,7% de lipídios. A ingestão total de calorias foi muito elevada em termos absolutos ($3.350,1 \pm 979$ Kcal/dia) e após o ajuste para o peso paciente ($49,1 \pm 16,7$), sendo a principal fonte os lipídios. Dentre os lipídios, 50,6% eram gordura monoinsaturada; 36,3% gordura saturada e 13,1% gorduras polinsaturadas. Todos os pacientes consumiam álcool regularmente, com um consumo médio de $25,1 \pm 43$ gramas por dia. Em relação às vitaminas houve baixa ingestão de vitamina D, E e ácido fólico (LUIS *et al*, 2010).

As pesquisas selecionadas que utilizaram métodos qualitativos revelaram algumas particularidades da percepção dos usuários de drogas em relação ao seu consumo alimentar durante as fases de uso ativo das drogas e recuperação. Durante o processo de recuperação algumas práticas alimentares disfuncionais foram percebidas, como compulsão alimentar, uso de alimentos como substituto para uso de drogas, bem como a utilização de alimentos para satisfazer o vício (COWAN e DEVINE, 2008). Usuários de drogas também relataram alterações na alimentação durante o uso ativo da droga, como a busca por alimentos de consumo rápido, de fácil acesso, baratos e em sua maioria doces (NEALE *et al.*, 2012; SAELAND, 2011). Relataram falta de interesse em refeições mais completas, porém, esse padrão modifica-se durante os períodos de tratamento e estadia em centros de reabilitação. O interesse pelo preparo do alimento aumenta durante os períodos de abstinência, sendo o ato de cozinhar identificado por eles como terapêutico (NEALE *et al.*, 2012).

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O recordatório 24h foi o método mais empregado na maioria dos estudos dessa revisão, sugerindo ser um bom método de avaliação do consumo alimentar nessa população específica, devido principalmente ao curto tempo de aplicação, baixo custo, possibilidade de ser aplicado em analfabetos entre outros. No entanto, ele não é indicado para avaliar a ingestão habitual com uma única entrevista. Desta

forma, múltiplos recordatórios 24h poderiam ser necessários para fornecer uma boa avaliação. Contudo, é necessário avaliar a tolerância dos indivíduos a essas várias solicitações e considerar as particularidades da população estudada, como a vulnerabilidade social, que pode levar à falta de residência fixa e/ou aderência a tratamentos de saúde, dificultando o acesso a esses indivíduos. Essa revisão identifica que métodos de registro alimentar que envolvem vários dias não são indicados para essa população, principalmente quando essas pessoas não são institucionalizadas.

Dentre os principais achados encontrados na avaliação do consumo alimentar de dependentes de álcool e outras drogas, pôde-se verificar que o abuso dessas substâncias interfere tanto na ingestão adequada de macronutrientes como de micronutrientes e que a frequência do uso da droga pode interferir na ingestão de alguns micronutrientes específicos como vitamina B12, B6, selênio e zinco, promovendo deficiências nutricionais. Usuários de maconha parecem ter um padrão alimentar diferenciado dos demais usuários de drogas com dietas hipercalóricas, porém apresentando ingestões inadequadas de alguns micronutrientes, devido, provavelmente, à escolha de alimentos de baixa qualidade nutricional, escolhas alimentares essas - alimentos rápidos e de baixo teor nutricional – que são ratificadas nas pesquisas qualitativas citadas nesta revisão.

Dependentes de álcool e outras drogas formam um grupo vulnerável no campo nutricional, sendo relevante o olhar mais apurado aos aspectos nutricionais desses indivíduos, principalmente em relação ao consumo alimentar. Outros estudos na área são necessários para conhecer de forma mais ampla os hábitos alimentares desses indivíduos, sua relação com o alimento e suas principais carências nutricionais. Além disso, é importante a elaboração de novos estudos que busquem desenvolver métodos que possam investigar de forma eficaz a ingestão alimentar desses indivíduos e também analisar a aplicabilidade de métodos já utilizados, como, por exemplo, os marcadores de consumo alimentar utilizados no âmbito da atenção básica para avaliação do consumo alimentar dos brasileiros, objetivando dessa forma intervenções nutricionais adequadas a essa população.

REFERÊNCIAS

BAUM, M.K. et al. Zinc status in human immunodeficiency virus type 1 infection and illicit drug use. **Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America [Internet]**, v. 37, Suppl 2, p. 117–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12942385>

CAMPA, A. et al. HIV-related wasting in HIV-infected drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. **Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 41, n. 8, p. 1179-85, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16163638>>.

COWAN, J.; DEVINE, C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. **Appetite [Internet]**. v. 50, n. 1, p. 33-42, 2008. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17602790>

FISBERG, R.M. et al. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos**. Manole. Barueri-SP, 2005. p. 1–29.

FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L.; COLUCCI A.C.A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab** v. 53, n. 5, p. 617–24, 2009.

FORRESTER, J.E.; TUCKER, K.L.; GORBACH, S.L. Dietary intake and body mass index in HIV-positive and HIV-negative drug abusers of Hispanic ethnicity. **Public health nutrition [Internet]**, v. 7, n. 7, p. 863–70, 2004. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1368980004001089

HENDRICKS, K.; GORBACH, S. Nutrition issues in chronic drug users living with HIV infection. **Addiction science & clinical practice [Internet]**. v. 5, n 1, p. 16-23, 2009. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2797116&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

ISLAM, S.K.N. et al. Serum immunoglobulins and white blood cells status of drug addicts: influence of illicit drugs and sex habit. **Addiction biology [Internet]**, v. 9, n. 1, p. 27-33, 2004. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203436>

KAUSHIK, K.S.; KAPILA K, PRAHARAJ A K. Shooting up: the interface of microbial infections and drug abuse. **Journal of medical microbiology [Internet]**, v. 60, n. 4, p. 408-422, 2011.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21389334>

LANDIG, J. *et al.* Validation and comparison of two computerized methods of obtaining a diet history. **Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland) [Internet]**, v. 17, n. 3, p. 113-7, 1998. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10205327>

LUIS, D.A.D. *et al.* Ingesta dietética en un grupo de pacientes fumadores de marihuana. **Nutr Hosp [Internet]**. v. 25, n. 4, p. 688-91, 2010. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0212-16112010000400024&lng=es&nrm=iso&tlng=es

MARQUEZ, M.; RINCON, M. Niveles séricos de vitamina C en adultos jóvenes consumidores crónicos de drogas de abuso. **Invest. clín. [online] [Internet]**, v. 42, n. 3, p. 183-194, 2001. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332001000300004&lng=es&nrm=iso

NAZRUL, I. S.; JAHANGIR, H. K; AHSAN, M. Serum vitamin E, C and A status of the drug addicts undergoing detoxification: influence of drug habit, sexual practice and lifestyle factors. **European journal of clinical nutrition [Internet]**, v. 55, n. 11, p. 1022–7, 2001. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11641753>

NAZRUL I. S. *et al.* Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle. **The British journal of nutrition**, v. 88, n. 5, p. 507-13, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12425731>.

NEALE, J. *et al.* Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. **Addiction (Abingdon, England) [Internet]**. v. 107, n. 3, p. 635–4, 2012. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21933297>

SAELAND, M. *et al.* High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway. **The British journal of nutrition [Internet]**. v. 105, n. 4, p. 618-24, 2011. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20880416>

SAHNI, S; FORRESTER, J.E.; TUCKER, K.L. Assessing dietary intake of drug-abusing Hispanic adults with and without human immunodeficiency virus infection. **Journal of the American Dietetic Association [Internet]**, v. 107; n. 6, p. 968–76, 2007. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17524718>

SOBRAL-OLIVEIRA, M.B. et al, Faintuch J, Guarita DR, Oliveira CP, Carrilho FJ. Nutritional profile of asymptomatic alcoholic patients. **Arquivos de Gastroenterologia [Internet]**, v. 48, n. 2, p. 112-8, 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032011000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en

TANG A.M. *et al.* Heavy injection drug use is associated with lower percent body fat in a multi-ethnic cohort of HIV-positive and HIV-negative drug users from three U.S. cities. **The American journal of drug and alcohol abuse [Internet]**, v. 36, n. 1, p. 78-86, 2010. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2837874&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

TANG A.M. *et al.* Malnutrition in a population of HIV-positive and HIV-negative drug users living in Chennai, South India. **Drug and alcohol dependence [Internet]**. Elsevier Ireland Ltd, v.118, n. 1, p. 73–7, 2011. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3130882&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

WAGNERBERGER, S. *et al.* Is nutrient intake a gender-specific cause for enhanced susceptibility to alcohol-induced liver disease in women? **Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire) [Internet]**, v. 43, n. 1, p. 9-14, 2008. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18003723>

CAPÍTULO 4. PERFIL E PADRÃO DE USO DE DROGAS DE INDÍVIDUOS EM ATENDIMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD) EM CURITIBA, PARANÁ.

4.1 INTRODUÇÃO

O consumo de drogas no Brasil teve sua prevalência aumentada nos últimos anos. Segundo dois levantamentos nacionais, o uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) em 2005 era de 22,8% contra 19,4% em 2002 (CEBRID, 2002; CEBRID, 2005). Esses dados se aproximam da realidade do Chile, com 23,4%, e representam quase a metade da dos EUA, que tem índice de 45,8% (BRASIL, 2009).

Em relação ao tratamento, a pesquisa realizada em 2005 demonstrou que 2,9% dos entrevistados haviam recebido tratamento no último ano para abuso de álcool e outras drogas, sendo a maior parcela do sexo masculino e na faixa etária acima de 18 anos (CEBRID, 2001; CEBRID, 2005).

No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o tratamento às pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas têm como referência os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Os CAPS AD têm como princípio a prevenção e promoção à saúde, a interdisciplinaridade, a reinserção social, a atuação na comunidade e a substituição dos antigos manicômios no papel de referência para o tratamento. Os CAPS AD englobam atividades tanto terapêuticas como preventivas por meio de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias (BRASIL, 2003). Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede de atenção a Saúde Mental do Sistema Único de Saúde.

Curitiba possui cinco CAPS AD, responsáveis pelo atendimento de indivíduos adultos. O atendimento nos CAPS AD do município segue um fluxo em

que a porta de entrada é a unidade de saúde (US). Os pacientes são atendidos nas US e iniciam o processo de desintoxicação. Em determinados casos, essa desintoxicação é realizada em internamento hospitalar. Posteriormente, inicia-se o atendimento no CAPS AD (CURITIBA, 2002).

Conhecer as características da população atendida pelos CAPS AD, tanto daqueles que estão começando o tratamento quanto daqueles que já estão há um período maior em atendimento, gera subsídios para o desenvolvimento de estratégias e ações mais eficazes na atenção aos dependentes de álcool e outras drogas, contemplando as reais necessidades dessa população. Diante disso, este capítulo tem por objetivo caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico, bem como o padrão de uso de drogas dos pacientes em início de tratamento e com três meses de tratamento nos CAPS AD.

4.2 METODOLOGIA

A pesquisa ocorreu em todos CAPS AD que atendem adultos na cidade de Curitiba-PR (Bairro Novo; Boa Vista; Cajuru; Matriz e Portão) e compreendeu dois grupos de pacientes: aqueles que estavam iniciando o tratamento no CAPS AD, com a realização da entrevista no primeiro dia de atendimento, e outro grupo que estava em terceiro mês de tratamento. Todos os pacientes avaliados possuíam diagnóstico de dependência de alguma droga psicoativa ou de múltiplas drogas.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2012. Para o cálculo da amostra foram utilizados dados fornecidos pelos CAPS AD sobre o número de primeiros atendimentos e de pacientes que completaram três meses de tratamento no ano anterior a pesquisa. Foi utilizado o programa Statcalc do Epi Info versão 6.04 e consideraram-se os seguintes parâmetros: 1) Grupo dos pacientes em primeiro atendimento, população de referência igual a 1084 pessoas, nível de confiança de 95%, prevalência esperada 5%, admitindo-se que 5% da população possuem IMC inferior a 18,5 kg/m², sendo indivíduos constitucionalmente magros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), erro amostral de 3%, resultando em uma amostra mínima de 171 pessoas e 2) Grupo de terceiro mês de atendimento,

população de referência igual a 390 pessoas, nível de confiança de 95%, prevalência esperada 5% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), erro amostral de 3%, resultando em uma amostra mínima de 134 pessoas.

A faixa etária compreendida foi de 18 a 69 anos de idade. Foi utilizado como critério de exclusão: não apresentar condições cognitivas para responder aos questionários, gestantes e deficientes físicos.

Para a avaliação do perfil socioeconômico e demográfico foi utilizado um questionário com perguntas fechadas sobre idade, sexo, estado civil, raça/cor auto referida, renda, ocupação, escolaridade, condições de moradia, número de pessoas por domicílio e participação em programa de transferência de renda (apêndice 1).

Esse questionário também compreendeu questões relacionadas ao padrão de uso das drogas tais como substâncias utilizadas, tempo e frequência de uso. As perguntas relacionadas às substâncias utilizadas, tempo e frequência de uso foram adaptadas do questionário utilizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005 (CEBRID, 2005).

Todos os instrumentos de coleta de dados foram previamente testados com um grupo de dez pacientes em um dos CAPS AD estudado, objetivando conhecer problemas na linguagem utilizada, compreensão das perguntas e adequá-los.

Na digitação e análise dos dados utilizou-se o programa Epi-Info versão 3.5.4. Para as variáveis categóricas foram calculados proporções e aplicados os testes de qui-quadrados ou exato de Fisher e para variáveis contínuas foram utilizados as médias, desvios-padrões e aplicados os testes de ANOVA ou Kruskal-Wallis. Para todos os testes, adotou-se o nível de significância inferior a 0,05.

Para a apresentação do padrão de uso, utilizou-se os critérios de classificação de uso de droga proposto pelo CEBRID (2005): uso na vida, quando o indivíduo fez uso da droga pelo menos uma vez na vida; uso no ano, quando fez uso pelo menos uma vez nos últimos doze meses; uso no mês, quando fez uso da droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde Universidade Federal do Paraná. A entrevista só ocorreu após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2).

4.3 RESULTADOS

Foram avaliados neste estudo 268 pacientes em tratamento nos Centros de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Curitiba- PR, sendo 184 pacientes em início de tratamento e 84 pacientes que estavam completando três meses de tratamento. A amostra pretendida de 134 pacientes em terceiro mês não foi alcançada devido à dificuldade em selecionar pacientes que obedecessem aos critérios de inserção nesse grupo, que era estar completando três meses de tratamento durante a fase de coleta de dados.

O grupo de pacientes que estavam ingressando nesses CAPS AD era, em sua maioria, composto por homens brancos, na faixa etária de 31 a 40 anos e estado civil solteiro. No entanto, a maioria declarou residir com a família conjugal, isto é com cônjuge e/ou filhos. O estrato de renda predominante foi de 0,5 a 1,49 salários mínimos per capita e a renda familiar média foi de R\$ 1458,62 (DP $\pm 1320,60$). Apresentavam baixa escolaridade. Mais da metade não tinha o primeiro grau completo. Em relação à moradia, a maioria possuía moradia própria e o tipo de construção que prevaleceu foi a de alvenaria. A média de pessoas por domicílio foi 3,3 (DP $\pm 1,86$) e a maior parcela não participava de nenhum programa de transferência de renda. O grupo de pacientes em terceiro mês de tratamento nos CAPS AD, por sua vez, apresentou características socioeconômicas e demográficas semelhantes ao outro grupo, com exceção da faixa etária e estado civil. Neste grupo, predominou a faixa etária com idade mais avançada, de 41 a 50 anos, e o estado civil casado (Tabela 4.1).

TABELA 4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS POR GRUPO DE PACIENTES NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.

VARIÁVEL	INÍCIO DE TRATAMENTO (n=184)		TERCEIRO MÊS DE TRATAMENTO (n=84)	
	N	%	N	%
Faixa etária*				
Menos que 31 anos	53	28,8	10	11,9
31 a 40 anos	60	32,6	21	25
41 a 50 anos	51	27,7	33	39,3
Mais que 50 anos	20	10,9	20	23,8
Sexo				
Masculino	147	79,9	71	84,5
Feminino	37	20,1	13	15,5
Estado Civil referido				
Solteiro(a)	87	47,3	30	35,7
Casado(a)/União estável	72	39,1	36	42,9
Viúvo(a)	5	2,7	02	2,4
Divorciado(a)/Desquitado(a)	20	10,9	16	19
Raça/Cor auto referida				
Branca	100	54,3	53	63,1
Preta	22	12	04	4,8
Parda	60	32,6	25	29,8
Indígena	02	1,1	02	2,4
Escolaridade				
Primeiro grau incompleto/ analfabeto	94	51,1	44	52,4
Primeiro grau completo	22	12	09	10,7
Segundo grau incompleto	16	8,7	7	8,3
Segundo grau completo	47	25,5	20	23,8
Ensino superior completo/ pós-graduação	05	2,7	04	4,8
Com quem reside				
Só	25	13,6	14	16,7
Família conjugal	83	45,1	42	50
Família de origem	61	33,2	21	25
Parentes e amigos	07	3,8	04	4,8
Outro	08	4,3	03	3,6
Renda familiar percapita (salários mínimos**)				
Menos que 0,5	68	37,2	28	33,3
0,5 a 1,49	91	49,7	39	46,4
1,5 a 3	20	10,9	14	16,7
Mais que 3	04	2,2	03	3,6
Tipo de moradia				
Casa ou apartamento	177	96,2	79	94
Abrigo público ou nas ruas	03	1,6	1	1,2
Pensão	02	1,1	02	2,4
Outro	02	1,1	02	2,4
Situação de moradia				
Própria	103	56	53	63,1
Alugada	48	26,1	13	15,5
Cedida	24	13	09	10,7
Outra	09	4,9	09	10,7
Tipo de construção				
Alvenaria	126	68,5	59	70,2
Madeira	33	17,9	14	16,7
Mista	20	10,9	08	9,5
Outro	05	2,7	03	3,6

Continua

Conclusão

Participa de algum programa de transferência de renda

Sim	30	16,3	11	13,1
Não	154	83,7	73	86,9

* Diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (Qui-quadrado de tendência linear $p < 0,05$); ** Foi considerado o salário mínimo nacional vigente no ano de 2012: R\$ 622,00.

FONTE: A AUTORA (2013)

Em relação à comparação do padrão de uso de drogas entre os dois grupos (Tabela 4.2) o álcool e o tabaco foram as drogas mais utilizadas na vida, no ano e no mês nos dois grupos de pacientes. A droga ilícita mais utilizada na vida nos dois grupos foi a maconha. Já quando avaliado o uso no último ano a droga ilícita mais utilizada foi o crack em ambos os grupos. O crack também foi a droga mais utilizada no último mês pelos indivíduos estudados.

Os inalantes e alucinógenos foram as drogas que apresentaram menor uso tanto na vida, no ano e no último mês nos dois grupos de pacientes.

Na comparação entre os dois grupos verifica-se que, em relação ao uso na vida e no ano, ambos apresentaram padrões semelhantes. Todavia, quando avaliada a classificação de uso no mês, o grupo do terceiro mês apresentou um menor uso da maioria das drogas, com exceção apenas dos alucinógenos e do tabaco, em que uma porcentagem maior dos entrevistados desse grupo afirmou ter feito uso dessas drogas no último mês, quando comparados ao grupo de início de tratamento.

TABELA 4.2 PADRÃO DE USO DE DROGAS ENTRE OS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.

DROGAS	USO NA VIDA %		USO NO ANO %		USO NO MÊS %	
	INICIO (N 184)	TERCEIRO MÊS (N 84)	INICIO (N 184)	TERCEIRO MÊS (N 84)	INICIO (N 184)	TERCEIRO MÊS (N 84)
Álcool	100,0	100,0	94,6	94,0	61,4	21,4
Tabaco	82,6	90,5	71,7	79,8	66,8	73,8
Maconha	77,7	57,1	37,0	26,2	18,5	3,6
Cocaína	66,8	46,4	38,6	23,8	19,0	4,0
Crack	59,2	44,0	43,5	35,7	22,83	7,1
Inalantes ¹	42,9	38,1	3,3	0	0,5	0
Alucinógenos ²	21,7	22,6	7,6	3,6	1,1	2,4
Outras	10,9	10,7	1,6	1,2	0,6	0

¹ Exemplos: cola, éter, lança-perfume, "loló", esmalte.

² Exemplos: LSD, Êxtase, cogumelo, chás alucinógenos.

FONTE: A AUTORA (2013)

Dos pacientes que relataram ter utilizado alguma droga durante a vida, foi questionado qual o tempo (em anos) de uso dessa droga. Dos pacientes entrevistados, a maioria fez uso de drogas por mais de dez anos. O álcool, seguido do tabaco, maconha, cocaína e crack foram as drogas utilizadas por mais tempo (mais que dez anos) em ambos os grupos estudados. Daqueles que afirmaram ter feito uso na vida de alucinógenos a maioria fez uso experimental, isto é, poucos episódios de uso, de uma a três vezes. Daqueles que afirmaram ter feito uso de inalantes, no grupo de início de tratamento, a maioria utilizou a droga por menos de um ano. Já no grupo em terceiro mês de tratamento a maioria fez uso experimental (Tabela 4.3).

TABELA 4.3 TEMPO DE USO DE DROGAS PELOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ.

DROGA/TEMPO DE USO (ANOS)	USO EXPERIMENTAL*	<1	1 - <2	2-5	6-10	>10
	%	%	%	%	%	%
Álcool						
Início (n=184)	-	1,1	-	5,4	9,2	84,2
Terceiro mês (n=84)	-	1,2	-	-	6,0	92,9
Tabaco						
Início (n=152)	-	1,3	1,3	5,3	11,2	80,9
Terceiro mês (n=76)	1,3	2,6	1,3	3,9	6,6	84,2
Maconha						
Início (n=143)	13,4	5,6	1,4	22,4	18,2	39,2
Terceiro mês (n=48)	14,6	12,5	4,2	16,7	14,6	37,5
Cocaína						
Início (n=123)	11,4	15,4	5,7	27,6	8,9	30,9
Terceiro mês (n=39)	23,1	10,3	5,1	10,3	20,5	30,8
Crack						
Início (n=109)	9,2	13,8	5,5	16,5	17,4	37,6
Terceiro mês (n=37)	10,8	8,1	5,4	24,3	21,6	29,7
Inalantes						
Início (n=79)	27,8	38,0	6,3	17,7	2,5	7,6
Terceiro mês (n=32)	37,5	28,1	3,1	25,0	6,3	-
Alucinógenos						
Início (n=40)	40,0	32,5	2,5	12,5	2,5	10,0
Terceiro mês (n=19)	36,8	36,8	10,5	10,5	-	5,3
Outras						
Início (n=20)	30,0	30,0	5,0	5,0	-	30,0
Terceiro mês (n=9)	33,3	22,2	11,1	33,3	-	-

* Uso experimental: poucos episódios de uso da droga (1 a 3 vezes).

FONTE: A AUTORA (2013)

A respeito da frequência de uso, as drogas usadas com maior frequência semanal (todos os dias) no grupo de início de tratamento em ordem crescente foram: tabaco, álcool, maconha, crack, outras, cocaína, inalantes e alucinógenos. No grupo de terceiro mês, por sua vez, foram: tabaco, álcool, crack, maconha, cocaína, inalantes, outras, alucinógenos (Tabela 4.4).

TABELA 4.4. FREQUÊNCIA SEMANAL DO USO DE DROGAS NOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS-AD EM CURITIBA, PARANÁ.

DROGA/FREQUÊNCIA DE USO (DIAS POR SEMANA)	FEZ USO APENAS EXPERIMENTAL ¹	<1	1-3	4-6	TODOS OS DIAS
	%	%	%	%	%
Álcool					
Início (n=184)	-	11,4	22,8	8,2	57,6
Terceiro mês (n=84)	-	10,7	10,7	3,6	75
Tabaco					
Início (n=152)	-	0,7	2,0	2,6	94,7
Terceiro mês (n=76)	1,3	-	-	2,6	96,1
Maconha					
Início (n=143)	13,3	15,4	19,6	0,7	51,0
Terceiro mês (n=48)	14,6	22,9	10,4	4,2	47,9
Cocaína					
Início (n=123)	11,4	21,1	39	4,9	23,6
Terceiro mês (n=39)	23,1	10,3	33,3	5,1	28,2
Crack					
Início (n=109)	9,2	14,7	17,4	11	47,7
Terceiro mês (n=37)	10,8	8,1	10,8	-	70,3
Inalantes					
Início (n=79)	27,8	26,6	21,5	1,3	22,8
Terceiro mês (n=32)	37,5	31,3	12,5	-	18,8
Alucinógenos					
Início (n=40)	40,0	30,0	25,0	-	5,0
Terceiro mês (n=19)	36,8	42,1	15,8	-	5,3
Outras					
Início (n=20)	30,0	15,0	25,0	5	25,0
Terceiro mês (n=9)	33,3	33,3	22,2	-	11,1

¹ Uso experimental: poucos episódios de uso da droga (1 a 3 vezes).

FONTE: A AUTORA (2013)

Dentre os pacientes avaliados 17,9% daqueles em início de tratamento revelaram nunca ter feito uso de drogas ilícitas, usando na vida apenas drogas lícitas (como álcool e tabaco). No grupo de terceiro mês esse número alcançou 36,9%, com diferença significativa entre os dois grupos ($p < 0,05$) (Tabela 4.5).

TABELA 4.5. USO NA VIDA DE DROGAS NOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD, CURITIBA, PARANÁ.

USO NA VIDA	INÍCIO DE TRATAMENTO (N=184)	TERCEIRO MÊS DE TRATAMENTO (N=84)
	% (N)	% (N)
Somente drogas lícitas ¹	17,9 (33)	36,9 (31)*
Drogas lícitas e ilícitas ²	82,1(151)	63,1 (53)*

¹ Drogas lícitas: Alcool e tabaco.

² Drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, inalantes, alucinógenos e outras.

* Diferença estatisticamente significante entre os dois grupos (Qui-quadrado $p < 0,05$);

FONTE: A AUTORA (2013)

4.4 DISCUSSÃO

A predominância de homens nos serviços de tratamento para dependência química verificada aqui é uma realidade presente também em outros estudos (ARAUJO *et al.*, 2012; BORINI *et al.*, 2003; CAPISTRANO *et al.*, 2013; HORTA *et al.*, 2011; MONTEIRO, *et al.*, 2011; VARGENS *et al.*, 2011). Levantamentos nacionais sobre o uso de drogas têm mostrado que a taxa de consumo de droga é maior entre os homens (CEBRID, 2005; CEBRID, 2002). O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005 pesquisou a dependência do álcool por diferença de sexo e encontrou que a dependência de álcool é aproximadamente três vezes maior entre os homens que entre as mulheres (CEBRID, 2005; CEBRID, 2002). Todavia, a comparação dos dados dos dois levantamentos tem demonstrado um crescimento do uso de drogas entre as mulheres, com predominância do uso de medicamentos, como benzodiazepínicos e estimulantes (CEBRID, 2005; CEBRID, 2002)

Entre as usuárias de drogas, o preconceito enfrentado se apresenta como um complicador da busca pelos serviços de atenção à dependência de drogas. O estigma social e sentimentos de culpa e de vergonha levam as mulheres a evitar expor seu problema e, conseqüentemente, a buscar tratamento (ARAUJO, *et al.*, 2012; CESAR, 2006). Estudos sobre a adesão ao tratamento para a dependência de álcool e outras drogas demonstraram que, além da baixa procura pelo tratamento, o abandono também é mais prevalente entre mulheres (MONTEIRO, *et*

al., 2011; PEIXOTO *et al.*, 2010). No presente estudo, verificou-se uma menor proporção de mulheres no grupo de terceiro mês comparado ao grupo de início de tratamento (15,5% e 20,1% respectivamente) indicando uma prevalência ainda menor de mulheres em fases mais adiantadas de tratamento, embora sem diferença estatística.

A baixa escolaridade encontrada entre os dependentes de álcool e outras drogas está em consonância com outros estudos da área (CAPISTRANO *et al.*, 2013; FORMIGA *et al.*, 2006; MONTEIRO, *et al.*, 2011). Diferentes pesquisas apontam a baixa escolaridade dos dependentes associada à defasagem escolar promovida pelo uso de drogas (FREIRE *et al.*, 2012; QUEIROZ *et al.*, 2001; TAVARES *et al.*, 2001). Um estudo que comparou o desempenho escolar de estudantes que já haviam feito uso de drogas com aqueles não haviam feito observou maior defasagem escolar entre aqueles que já tinham feito uso, além de um maior absenteísmo (GALDURÓZ, *et al.*, 2004). No entanto, a baixa escolaridade apresentada na amostra estudada pode também estar relacionada às características da clientela que busca os serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde (RIBEIRO, *et al.*, 2006).

Em relação ao estado civil, entre o grupo que estava iniciando o tratamento a maioria declarou-se solteiro, enquanto que no grupo em terceiro mês de tratamento a maioria declarou-se casado, no entanto, sem diferença significativa. Quando questionado com quem residia a grande parcela dos entrevistados, em ambos os grupos, referiu morar com algum familiar ou amigo. Dessa forma, apesar de a maior parte dos indivíduos em tratamento nos CAPS AD compreenderem os estratos mais baixos de renda, os indivíduos que chegam ao tratamento nos CAPS AD são, em sua maioria, pessoas que apresentam alguma rede de apoio social e condições mínimas de vida, como moradia. Os moradores de rua ou abrigos públicos compreenderam apenas 1,5% da amostra. Horta *et al.* (2011) destaca que dependentes de drogas com maior comprometimento social parecem não chegar aos serviços de saúde e aponta para a necessidade de os municípios implementarem estratégias de facilitação do acesso, com maior envolvimento de agentes comunitários de saúde, com os Programas de Redução de Danos ou com os Consultórios de Rua, ou ainda outras ações de aproximação entre comunidade e serviços. Além disso, o modelo em que a porta de entrada para o tratamento é a

Unidade de Saúde, acaba por dificultar o acesso daqueles em maior vulnerabilidade social.

A faixa etária foi diferente estatisticamente entre os grupos. Indivíduos que estavam em terceiro mês de tratamento eram mais velhos que os iniciantes. Estudos que avaliaram a adesão ao tratamento de dependente de álcool e/ou outras drogas verificaram que o tempo de permanência nos centros de reabilitação é diretamente proporcional ao avanço da faixa etária (BURNS, *et al.*, 2009; MONTEIRO, *et al.*, 2011; PEIXOTO *et al.*, 2010). Isso explica o fato de que, apesar de o grupo de início de tratamento apresentar estratos etários homogêneos, o grupo de terceiro mês seja formado, em sua maior parte, por indivíduos com mais de 40 anos de idade.

Em relação ao padrão de uso de drogas, em ambos os grupos, as drogas lícitas (álcool e tabaco) foram as mais utilizadas tanto na vida, como no último ano e no último mês. Pesquisas em bases comunitárias revelam que o álcool e o tabaco são as drogas mais utilizadas pelo brasileiro de forma geral, com aumento progressivo nos últimos anos (CEBRID, 2005; CEBRID, 2002; BASTOS *et al.*, 2008; FONSECA *et al.*, 2004). Além disso, também se pôde constatar que entre aqueles que relataram fazer uso de álcool e tabaco a maioria referiu fazer uso diário e há mais de dez anos. Na pesquisa realizada em 227 prontuários em CAPS AD no município de Teresina-PI também encontrou alta frequência de uso de álcool entre os sujeitos estudados: 55% da amostra relatava fazer uso diário de bebida alcoólica (MONTEIRO *et al.*, 2011).

O álcool é uma droga utilizada por muitos poliusuários como potencializadora ou inibidora dos efeitos de outras drogas. Sua ingestão associada à cocaína, por exemplo, reforça os efeitos desta, tendendo o usuário a consumir doses crescentes tanto de uma quanto da outra, quando o uso é feito de forma combinada. Já no caso do crack, o uso do álcool é utilizado posteriormente para diminuir a sensação de boca seca e amenizar outros efeitos indesejáveis (GOSSOP *et al.*, 2006).

A alta porcentagem de usuários de tabaco encontrada neste estudo, com 66,8%, no grupo de início, e 73,8%, no grupo de terceiro mês, utilizando tabaco no último mês, vai em consonância com a literatura que aponta que as taxas de fumantes entre indivíduos que buscaram tratamento para dependência de drogas são em média quatro vezes maiores do que na população geral (WILLIAMS, ZIEDONIS, 2004).

Outro achado importante foi que entre os pacientes em terceiro mês mais de um terço (37%) nunca havia usado drogas ilícitas na vida, com diferença estatística entre os dois grupos. Isso demonstra que existe uma tendência de que grupos de tratamento em estágios mais avançados sejam compostos por pessoas que usam apenas drogas lícitas (álcool e tabaco) e que buscaram o tratamento pelo uso abusivo do álcool, uma vez que os CAPS AD em questão não têm grupos de tratamento para dependentes exclusivos de tabaco.

No que concerne às drogas ilícitas, a mais utilizada na vida, em ambos os grupos, foi a maconha. O dado coincide com o obtido no Informe Mundial sobre drogas - 2012 das Nações Unidas, que a aponta como a droga ilícita mais consumida no mundo (UNODC, 2012). Ela também é a droga ilícita mais utilizada pelo brasileiro (CEBRID, 2005). Daqueles que afirmaram fazer uso na vida de *cannabis*, a maior parte fazia uso diário e há mais que dez anos. Seu tempo estendido de utilização está relacionado ao fato de ela ser uma droga de iniciação dos poliusuários (AGRAWAL *et al.*, 2004; MORRAL *et al.*, 2002). Além disso, o uso regular ou pesado associa-se ao risco aumentado de uso ou dependência de outras drogas ilícitas (FERGUSON *et al.*, 2006).

O crack, por sua vez, foi a droga ilícita mais utilizada no último ano e no último mês nos dois grupos. O uso do crack vem apresentando um aumento progressivo nos últimos anos (CEBRID, 2005; CEBRID, 2002). Segundo dados preliminares de uma pesquisa de âmbito nacional realizada em 2012, aproximadamente dois milhões de brasileiros já usaram cocaína fumada (crack/merla e oxi) pelo menos uma vez na vida e um em cada cem adultos usou crack no último ano, representando um milhão de pessoas (INPAD, 2013). Dessa forma, a dependência de crack já se configura como uma das principais causas de internamento para desintoxicação (BORINI, *et al.*, 2003; CAPISTRANO *et al.*, 2013; FILHO, *et al.*, 2003).

Uma característica marcante do usuário de crack é a utilização simultânea de múltiplas drogas. Assim, o indivíduo dificilmente consome a droga de forma isolada, associando-a principalmente ao álcool, maconha e tabaco, o que torna difícil a mensuração dos danos agregados a essas diversas associações (DIAS *et al.*, 2011; GUIMARÃES, *et al.*, 2008; HORTA, *et al.*, 2011; RODRIGUES, *et al.* 2012).

Outro achado relevante em relação ao crack foi o tempo prolongado de seu uso pelos pesquisados. Dos que afirmaram ter utilizado a droga, a maioria relatou

consumo por mais de dez anos. Em um estudo com uma coorte de usuários de crack por 12 anos também foi encontrado a manutenção do uso por tempo prolongado. Os autores apontam como causa dessa longevidade de uso as modificações que a droga tem sofrido ao longo dos anos. Com o objetivo de aumentar a lucratividade, a droga tem sido acrescida de diluentes, resultando em preparações mais "impuras" e consequentemente menor potencial aditivo. Outra característica é o seu maior fracionamento, possibilitando menores preços e uma disseminação maior. Outro fator apontado é que apesar de o uso intensificado ainda ser o mais prevalente, alguns indivíduos conseguem desenvolver estratégias singulares de manutenção de padrões continuados de consumo em níveis moderados (DIAS *et al.*, 2011).

Dentre as drogas pesquisadas, os inalantes e alucinógenos foram as menos utilizadas. A maioria dos entrevistados afirmou ter apenas experimentado (fez uso em poucos episódios: uma a três vezes) ou utilizou por menos de um ano, sendo que, daqueles que a utilizaram, a frequência semanal também foi baixa: a maior parte afirmou usar menos que uma vez por semana.

Os inalantes tiveram um uso na vida considerável, 42,9% no grupo de início de tratamento contra 38,1% no grupo em terceiro mês de tratamento. No entanto, no grupo de início de tratamento apenas 3,3% relataram uso no último ano e 0,5% no último mês. Já no grupo de terceiro mês ninguém afirmou ter usado inalantes no ano e no último mês. Isso revela que apesar de uma grande parcela de pacientes ter tido contato com essas drogas, elas, possivelmente, não são o principal motivador pela busca do tratamento. Os inalantes têm como característica serem drogas usadas por jovens no período de inicialização, sendo substituídos por drogas consideradas mais "pesadas" no decorrer do processo de abuso (BORINI, *et al.*, 2003; FILHO *et al.*, 2007).

Os alucinógenos apresentaram um padrão de uso semelhante aos inalantes. Entretanto, os alucinógenos são descritos como drogas de uso esporádico, ligados a eventos especiais, como festas e rituais (ALMEIDA, SILVA, 2003).

Dentre as limitações do presente estudo está o não alcance da amostra entre os pacientes de terceiro mês durante o período de coleta de dados, devido principalmente, à dificuldade dos indivíduos manterem-se no tratamento e obedecerem ao critério de estar em terceiro mês de tratamento durante a coleta de dados. Também a natureza do estudo, que comparou dois grupos distintos, em

fases diferentes de tratamento, e não o acompanhamento de um mesmo grupo. Outra limitação foi a não realização de diagnóstico de dependência para drogas específicas e apenas a apresentação em uso e não uso.

Este estudo tem como principal contribuição a produção de informações sobre as características do público atendido pelos CAPS AD. Esse conhecimento pode colaborar nos processos de tratamento, uma vez que traz subsídios para desenvolver estratégias efetivas e detectar grupos vulneráveis específicos. Essa discussão também é importante para a compreensão da realidade dos usuários que não buscam, ou, por motivos diversos, não chegam aos CAPS AD, a chamada demanda reprimida.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A baixa busca de mulheres dependentes de drogas por tratamento nos CAPS AD revela a importância de estratégias, no âmbito da atenção básica, que possam criar condições para que elas, primeiro, acessem o serviço, e, posteriormente, apropriem-se do tratamento necessário, a fim de que possam encontrar o apoio que precisam para a sua recuperação. Nesse sentido, é preciso que o serviço leve em consideração as singularidades das mulheres, considerando os aspectos que permeiam o universo das usuárias de drogas. Da mesma forma, é necessária a atenção ao processo de tratamento dos pacientes mais jovens, por meio do desenvolvimento e execução de ações específicas que englobem a atração e manutenção no tratamento.

No que se refere aos padrões de uso de drogas, este estudo pôde demonstrar que a maioria dos pacientes dos CAPS AD utilizam, ao longo da vida, vários tipos de substâncias psicoativas, algumas com característica de uso esporádico ou de experimentação, como os inalantes e alucinógenos, e outras com uma característica de uso prolongado, frequente e recente, como o álcool, o tabaco e o crack.

Devido ao seu caráter de fácil acesso, o álcool e o tabaco, drogas lícitas, apresentam-se como sendo as mais consumidas pelos pacientes dos CAPS AD.

São diversos os agravos à saúde já relacionados a essas drogas. Nesse sentido, ressalta-se a importância de ações de prevenção para abuso dessas drogas na população de forma geral, bem como estratégias específicas que atentem para a problemática de abuso de drogas lícitas pelos pacientes de CAPS AD, mesmo dentre aqueles cujo principal motivador da busca pelo tratamento foram as drogas ilícitas.

Cabe ressaltar que a dependência de drogas no Brasil configura-se em um problema de saúde pública, com consequências para toda a sociedade, e não apenas para os dependentes. Nesse aspecto, é preciso enfrentá-lo de forma sistêmica. Tem responsabilidades primordiais o Estado, no que tange à criação, manutenção e fortalecimento de sistemas de acolhimento e tratamento (CAPS AD). Mas a sociedade também precisa se apropriar dessa discussão, despindo-se de preconceitos, a fim de que os contextos que levam à dependência de drogas sejam melhor compreendidos.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL A. *et al.* A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs. **Psychol Med**, v. 34, p. 1227–37, 2004.

ALMEIDA S.P., SILVA M.T.A. Ecstasy (MDMA): Effects and patterns of use reported by users in São Paulo. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 25, p.11–17, 2003.

ARAUJO N.B. *et al.* Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá / MT. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, p. 227–234, 2012.

BASTOS F.I., BERTONI N., HACKER M.A. Consumo de álcool e drogas : principais achados de pesquisa de âmbito nacional , Brasil 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n.1, 2008.

BORINI P., GUIMARÃES R.C., BORINI S.B. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **J Bras Psiquiatr**, v. 52, p.171–179, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, D.F., 2003.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília, D.F., 2009.

BURNS, L. *et al.* Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention. **Addiction**, v.104, p.1363–1372, 2009.

CAPISTRANO FC, FERREIRA ACZ, SILVA TL, KALINKE LP, MAFTUM MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Esc Anna Nery* (impr) 2013;17:234–241.

CEBRID. CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2002.

CEBRID. CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2005**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2005.

CESAR B.A.L. Alcoolismo feminino : um estudo de suas peculiaridades Resultados preliminares. **J Bras Psiquiatr**, v. 55, p.208–211, 2006.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Protocolo Integrado de Saúde Mental em Curitiba**. Curitiba: 2002;

DIAS A.C., ARAÚJO M.R., LARANJEIRA R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev Saúde Pública*, v. 45, p.938–948, 2011.

FERGUSON D, BODEN J, HORWOOD L. CANNABIS use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. **Addiction**, v.101, p. 556–69, 2006.

FILHO AJ DE A, FERREIRA M DE A, GOMES M DA LB, SILVA RC DA, SANTOS TCF. O adolescente e as drogas : conseqüências para a saúde. **Rev Enf Anna Nery**, v. 11, p. 605–610, 2007.

FILHO O.F.F. *et al*. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev Saúde Pública**, v. 37, p.751–759, 2003.

FONSECA A.M. *et al*. O uso de drogas no Brasil : comparação de dois levantamentos domiciliares : 2001 e 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 15, p. 663–670, 2004.

FORMIGA L.T., DUMCKE T.S., ARAUJO R.B.. Comparing the profile of chemical dependents hospitalized at a chemical. **Rev HCPA**, v. 29, p.120–126, 2006.

FREIRE S.D. *et al*. A classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre / Brasil. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, p. 221–6, 2012.

GALDURÓZ J.C.F. *et al*. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004**. São Paulo: 2004.

GOSSOP M., MANNING V., RIDGE G.. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. **Addiction**, v.101, p.1292–8,2006.

GUIMARÃES C.F. *et al.* Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev Psiquiatr RS**, v. 30, p. 101–108, 2008.

HORTA RL, HORTA BL, ROSSET AP, HORTA CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial Crack cocaine users who attend outpatient services. *Cad Saúde Pública* 2011;27:2263–2270.

INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (INPAD). Universidade Federal de São Paulo. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) - dados preliminares**. São Paulo: 2013.

MONTEIRO CF DE S, FÉ LCM, MOREIRA MAC, ALBUQUERQUE IE DE M, SILVA MG DA, PASSAMANI MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em caps-ad do Piauí. **Esc Anna Nery (impr)**, v.15, p.90–95, 2011.

MORRAL A, MCCAFFREY D, PADDOCK S. Reassessing the marijuana gateway effect. **Addiction**, v.97, p.1493–504, 2002.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report**. Nova York: 2012.

PEIXOTO C. *et al.* Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**, v. 59, p.317–321, 2010.

QUEIROZ S D.E. *et al.* Uso de drogas entre estudantes de uma escola pública de São Paulo. **Rev Psiq Clín**, v. 28, p.176–82, 2001.

RIBEIRO M.C.S. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p.1011–1022, 2006.

RODRIGUES D.S. *et al.* Conhecimentos produzidos acerca do crack : uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. **Ciênc saúde coletiva**, v. 17, p. 1247–1258, 2012.

TAVARES B.F., BÉRIA J.U., LIMA M.S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 150–158, 2001.

VARGENS R.W., CRUZ M.S, SANTOS M.A. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, p. 804–812, 2011.

WILLIAMS J, ZIEDONIS D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. **Addict Behav**, v.29, p. 1067–83, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee**. Geneva, 1995. 462 p. (WHO Technical Report Series, 854). Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/index.html>. Acesso em: jun. 2012.

CAPÍTULO 5. ESTADO NUTRICIONAL, CONSUMO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES EM INÍCIO DE TRATAMENTO E EM TERCEIRO MÊS DE TRATAMENTO EM CAPS AD, CURITIBA-PR

5.1 INTRODUÇÃO

A dependência de álcool e outras drogas influencia de forma marcante a situação alimentar e nutricional dos indivíduos, seja pelo aspecto biológico, por afetar o apetite, a ingestão adequada de macro e micronutrientes e o estado nutricional, seja pelo componente social, interferindo nos hábitos alimentares, no autocuidado e na escolha adequada de alimentos.

A má nutrição é aspecto importante da dependência de álcool e outras drogas. A desnutrição entre os usuários de drogas foi demonstrada em diversos estudos (NAZRUL ISLAM *et al.*, 2002; CAMPA *et al.*, 2005; TANG *et al.*, 2011). A obesidade e episódios de compulsão alimentar também são relatados em pacientes em processo de recuperação da dependência (COWAN; DEVINE, 2008; SEVAK *et al.*, 2008; HEBER; CARPENTER, 2011). Estudos têm demonstrado que os alimentos de escolha entre usuários de drogas são normalmente aqueles de baixa qualidade nutricional, baratos, fáceis e rápidos de serem consumidos (NEALE *et al.*, 2012; SAELAND *et al.*, 2011).

Apesar da grande relevância do aspecto nutricional na saúde dos indivíduos usuários de drogas, no Brasil, ainda são raros os estudos envolvendo essa temática. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) são estruturas de recuperação e promoção da saúde que têm como diretriz a atenção integral à saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Sendo assim, tornam-se espaços consideráveis para a pesquisa desse aspecto importante da vida desses pacientes que é a alimentação.

O objetivo desse capítulo é analisar a situação alimentar e nutricional de pacientes em início de tratamento e no terceiro mês de tratamento nos CAPS AD de Curitiba-PR, no que tange ao estado nutricional, consumo alimentar e comportamento alimentar. E verificar a relação do estado nutricional com os

aspectos socioeconômicos, demográficos e padrões de uso de drogas também nesses dois grupos.

5.2 METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo observacional transversal descritivo, com coleta de dados realizada de abril a setembro de 2012. Participaram do estudo pacientes em tratamento para dependência de álcool e/ou outras drogas nos Centros de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Curitiba- PR.

Foram avaliados dois grupos de pacientes, um em início de tratamento e outro com três meses de tratamento. Todos os indivíduos eram adultos, na faixa etária de ≥ 20 e < 60 anos de idade. A pesquisa ocorreu em todos os CAPS AD que atendem adultos na cidade de Curitiba-PR. São eles: Bairro Novo, Boa Vista, Cajuru, Matriz e Portão.

Para o cálculo da amostra foram utilizados dados fornecidos pelos CAPS AD sobre o número de primeiros atendimentos e de pacientes que completaram três meses de tratamento no ano anterior à pesquisa. Foi utilizado o programa Statcalc do Epi Info, versão 6.04, e consideraram-se os seguintes parâmetros: 1) grupo dos pacientes em primeiro atendimento, população de referência igual a 1084 pessoas, nível de confiança de 95%, prevalência esperada 5%, admitindo-se que 5% da população possuem IMC inferior a 18,5 kg/m², sendo indivíduos constitucionalmente magros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), erro amostral de 3%, resultando em uma amostra mínima de 171 pessoas e 2) grupo de terceiro mês de atendimento, população de referência igual a 390 pessoas, nível de confiança de 95%, prevalência esperada 5% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), erro amostral de 3%, resultando em uma amostra mínima de 134 pessoas.

Foi utilizado como critério de exclusão: não apresentar condições cognitivas para responder aos questionários, gestantes e deficientes físicos.

Durante as entrevistas foi utilizado um questionário com perguntas fechadas que abordaram questões socioeconômicas, demográficas e de padrões de uso de drogas. Também foi realizada avaliação do estado nutricional, avaliação do consumo

alimentar e identificação de aspectos do comportamento alimentar, além de informações sobre prática de atividade física (apêndice 1).

Para a avaliação do estado nutricional foram coletados o peso e a altura. O equipamento antropométrico utilizado na obtenção da variável peso foi uma balança portátil da marca Plena®, com capacidade de 180kg e precisão de 100g. Os pacientes foram pesados sem calçados e sem casacos. Para isso, permaneceram de pé no centro da balança, eretos, com o peso corporal igualmente distribuído entre ambos os pés. A estatura foi aferida por medição única utilizando estadiômetro portátil com precisão de 1mm da marca Secca®. Os pacientes foram posicionados de pé, eretos, com braços estendidos ao longo do corpo e com a cabeça erguida. A partir das informações de peso e altura obtidos, foi determinado o índice de massa corporal (IMC). Para a classificação do estado nutricional foram adotados os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998), conforme Tabela 5.1.

TABELA 5.1 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)

PONTOS DE CORTE IMC (kg/m ²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo peso
18,5 e <25,0	Adequado ou eutrófico
25,0 e <30,0	Sobrepeso
>30,0	Obesidade

FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998)

Para avaliação do consumo alimentar foi utilizado o método retrospectivo recordatório 24 horas e o protocolo de marcadores de consumo adotado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), do Ministério da Saúde.

Na avaliação por meio do recordatório 24 horas o entrevistado é levado a relatar os alimentos ingeridos no dia anterior à coleta de dados. Foram coletados os alimentos ingeridos, os horários, locais e medidas caseiras. Os dados foram registrados em formulário específico. Posteriormente, registros dos alimentos em medidas caseiras foram digitados no *software* Avanutri, convertidos em nutrientes e comparados às recomendações do *Dietary Recommended Intakes-DRI* (DRI, 2002).

A necessidade de energia individual foi estimada com base na fórmula proposta pela *Dietary Recommended Intakes-DRI* (DRI, 2002). Para classificar a adequação da ingestão de energia, utilizou-se a necessidade estimada de energia

(*Estimated Energy Requirements* – EER) de acordo com faixa etária e sexo, considerando-se ingestão excessiva quando ultrapassados 120% da EER e deficiente quando inferior a 80% (anexo 1).

Para avaliação de macro e micronutrientes verificou-se a proporção de indivíduos com ingestão de nutrientes abaixo e acima dos requerimentos médios estimados (*Estimated Average Requirement* – EAR) estabelecidos para cada nutriente. Quando o nutriente não tinha EAR estabelecido, foram analisados os valores abaixo da ingestão adequada (*Adequate Intake* – AI). Também foram verificadas as proporções de indivíduos que ultrapassavam o limite máximo tolerável de ingestão (*Tolerable Upper Intake Level* – UL).

Os protocolos de marcadores de consumo adotados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) são formulários diferenciados segundo a fase da vida, no qual são registrados dados de consumo alimentar. Neste estudo, foi utilizado o formulário que pode ser aplicado para todas as fases de vida, com exceção de crianças menores de cinco anos. Os marcadores de consumo alimentar têm como objetivo identificar com que frequência o entrevistado consumiu alguns alimentos ou bebidas, nos últimos sete dias, que estão relacionados tanto a uma alimentação saudável (exemplo: consumo diário de feijão, frutas, verduras) como a práticas pouco recomendadas (exemplo: consumo frequente de alimentos fritos e guloseimas) (BRASIL, 2008 a) (anexo 2).

Todos os instrumentos de coleta de dados foram previamente testados com um grupo de dez pacientes em um dos CAPS AD estudado, objetivando conhecer problemas na linguagem utilizada, compreensão das perguntas e adequá-lo.

Na digitação e análise dos dados utilizou-se o programa Epi-Info versão 3.5.4. Para as variáveis categóricas foram calculados proporções e aplicados os testes de qui-quadrados e para variáveis contínuas foram utilizados as médias, desvios-padrões e aplicados os testes de ANOVA ou Kruskal-Wallis. Para todos os testes, adotou-se o nível de significância inferior a 0,05.

A análise bivariada e multivariada foi realizada utilizando o programa *Stata* versão 8. Na análise bivariada foram considerados dois desfechos: a presença e ausência de baixo peso e a presença e ausência de excesso de peso. Os sujeitos com baixo peso foram excluídos da análise quando o desfecho era excesso de peso. As variáveis independentes utilizadas na análise foram aquelas relacionadas à situação socioeconômica e demográfica e aos padrões de uso de droga.

As variáveis socioeconômicas foram: sexo, faixa etária, cor, escolaridade, estado civil, com quem reside (só ou abrigos/ com familiares ou amigos), renda familiar per capita, situação de moradia (própria ou cedida/ alugada), tipo de construção, participação em programa de transferência de renda.

Em relação às variáveis de padrão de uso, para cada droga pesquisada (álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, inalantes e alucinógenos) foram avaliados o uso recente, a frequência de uso e o tempo de uso desta droga. Para uso recente foi considerado: não uso no último ano, último uso há mais que três meses e menos de 12 meses, último uso há menos que três meses e mais que um mês e uso no último mês.

Em relação à frequência de uso foi considerado: uso da droga menos que três vezes por semana e mais que três vezes na semana. O tempo de uso foi classificado em: uso experimental ou menos de um ano; um a cinco anos; seis a dez anos de uso e mais que dez anos de uso. Foram também analisadas as variáveis: uso exclusivo de drogas lícitas (sim ou não) e número de drogas usadas no último ano (<5 drogas/ ≥5 drogas).

As variáveis independentes que, na análise bivariada, mostraram-se associadas ao desfecho com nível de significância observado menor ou igual a 20% ($p\text{-valor} \leq 0,20$) no teste de qui-quadrado foram selecionadas para a análise multivariada, mantendo-se no modelo final aquelas que apresentaram valor $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em *odds ratio*, intervalos de confiança e valores de p .

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. E a tomada de dados junto a cada indivíduo só ocorreu após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2).

5.3 RESULTADOS

A população total participante da pesquisa foi de 268 indivíduos. No entanto, neste capítulo foram considerados para a análise apenas os indivíduos adultos segundo a Organização Mundial da Saúde (≥ 20 a < 60 anos de idade). Foram

excluídos, desta forma, quatro indivíduos que apresentavam idades entre 18 e 20 anos, o que é considerado adolescente na classificação do estado nutricional, e outros dez idosos (> 60 anos). Esses indivíduos foram excluídos por representarem um número muito reduzido de participantes e por impossibilitarem análises comparativas com outros estudos utilizando essa mesma faixa etária.

Assim, neste capítulo foram avaliados 254 indivíduos, em que 48 eram do sexo feminino e 206 do sexo masculino, 175 pertenciam ao grupo de início de tratamento e 79 do grupo em terceiro mês de tratamento.

A média de peso (kg) no grupo de início de tratamento foi de 71,2 ($\pm 15,48$) e no terceiro mês de tratamento foi de 75,68 ($\pm 15,60$), apresentando diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$). A média de altura (m) foi de 1,69 ($\pm 0,83$) no grupo de início de tratamento e 1,70 ($\pm 0,83$) no terceiro mês, não apresentando diferença estatisticamente significativa.

A média do IMC dos pacientes no grupo de início de tratamento foi significativamente menor que do terceiro mês. Em relação à classificação nutricional, somente 52,6% do grupo do início de tratamento e 41,8% do grupo em terceiro mês apresentaram eutrofia (Tabela 5.2)

TABELA 5.2 ESTADO NUTRICIONAL DOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.

ESTADO NUTRICIONAL	INÍCIO DE TRATAMENTO (n =175)	TERCEIRO MÊS (n=79)
IMC (kg/m ²)		
média e desvio padrão	24,8 ($\pm 4,7$)	26,1($\pm 4,8$)*
Classificação do estado nutricional	% (n)	% (n)
Baixo Peso	6,3 (11)	2,5 (2)
Eutrofia	52,6 (92)	41,8 (33)
Sobrepeso	28,0 (49)	39,2 (31)
Obesidade	13,1 (23)	16,5 (13)

* Diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos $p < 0,05$

FONTE: A AUTORA (2013)

De forma geral, a frequência de alterações do estado nutricional (baixo peso e excesso de peso) foi maior entre as mulheres do que entre os homens. No grupo de terceiro mês a baixo peso foi significativamente maior entre as mulheres (Tabela 5.3).

TABELA 5.3 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL SEGUNDO SEXO NOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ.

ESTADO NUTRICIONAL	INÍCIO (n =175)		TERCEIRO MÊS (n=79)	
	FEMININO (n=35)	MASCULINO (n=140)	FEMININO (n=13)	MASCULINO (n=66)
Classificação do estado nutricional	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Baixo Peso	11,4 (4)	5,0 (7)	15,4 (2)*	-*
Eutrofia	42,9 (15)	55,0 (77)	38,5 (5)	42,4 (28)
Sobrepeso	28,6 (10)	27,9 (39)	15,4 (2)	43,9 (29)
Obesidade	17,1 (06)	12,1 (17)	30,8 (4)	13,6 (9)

* Diferença estatisticamente significativa entre sexo p<0,05

FONTE: A AUTORA (2013)

Na análise multivariada o baixo peso se mostrou associada ao sexo feminino e uso recente de crack, já o excesso de peso foi associado a tempo de uso (anos) do álcool e a frequência semanal de uso da maconha (Tabela 5.4 e 5.5).

TABELA 5.4 RESULTADO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA TENDO COMO VARIÁVEL DEPENDENTE O BAIXO PESO.

VARIÁVEL	OR BRUTO	IC 95%	P	OR AJUSTA-DO	IC 95%	P
Sexo						
Masculino	1,00	-	-	-	-	-
Feminino	4,06	1,28 - 2,92	0,0101	4,92	1,17 -20,82	0,030
Uso recente de crack ¹	2,20	1,24 - 3,91	0,0072	3,17	1,12 - 8,92	0,029

¹Utilizado teste estatístico de tendência (categorias: não uso no último ano; último uso há mais que 3 meses e menos 12 meses; último uso há menos que 3 meses e mais que 1 mês e uso no último mês).

FONTE: A AUTORA (2013)

TABELA 5.5 RESULTADO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA TENDO COMO VARIÁVEL DEPENDENTE O EXCESSO DE PESO.

VARIÁVEL	OR BRU-TO	IC 95%	P	OR AJUS-TADO	IC 95%	P
Tempo (anos) de uso de álcool ¹	2,03	1,24 – 3,32	0,0047	3,83	1,51 – 9,68	0,005
Frequência de uso de maconha						
<3 dias/semana	1,00	-	-	-	-	-
3-7 dias/ semana	1,96	1,07 – 3,64	0,0272	2,08	1,1 – 3,88	0,021

¹ Utilizado teste estatístico de tendência (categorias: uso experimental ou menos de 1 ano; 1 a 5 anos; 6 a 10 anos de uso e mais que 10 anos de uso).

FONTE: A AUTORA (2013)

Em relação ao consumo alimentar, os dados colhidos por meio do protocolo de marcadores de consumo (Tabela 5.6) demonstram que houve um baixo consumo de legumes e verduras cozidos nos dois grupos analisados, 41,7% dos indivíduos do grupo de início de tratamento relataram que não consumiram esses alimentos na última semana e, no grupo de terceiro mês, 34,2% disseram que não consumiram. As frutas também foram pouco consumidas, 28% e 25,3%, no grupo de início e de terceiro mês, respectivamente, não consumiram esse alimento na última semana. O leite ou iogurte, apesar de serem consumidos diariamente por uma parcela considerável da população estudada (43,7% no grupo de início e 43% no grupo de terceiro mês), apresentaram também uma alta frequência de não consumo na última semana (33,1% no grupo de início e 27,8% no grupo de terceiro mês de atendimento).

Na comparação entre os dois grupos em relação ao não consumo de determinados alimentos na última semana verificou-se que o não consumo de salada crua; feijão; biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates foi significativamente maior no grupo de início de tratamento comparado ao grupo de terceiro mês de tratamento. No entanto, para a batata frita, batata de pacote e salgados fritos houve uma situação inversa, sendo a frequência de não consumo significativamente maior no grupo de terceiro mês do que no grupo de início de tratamento (tabela 5.6).

TABELA 5.6 FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS/BEBIDAS NOS DOIS GRUPOS DE PACIENTE ESTUDADOS NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.

FRE- QUÊNCIA DE CONSUMO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS	SALADA CRUA		LEGUMES E VERDURAS COZIDOS		FRUTAS FRESCAS OU SALADA DE FRUTAS		FEIJÃO		LEITE OU IOGURTE	
	início %	3º mês %	início %	3º mês %	início %	3º mês %	Início %	3º mês %	Início %	3º mês %
Não consumiu	28,0*	6,3*	41,7	34,2	28,0	25,3	8,6*	1,3*	33,1*	27,8*
1 dia	9,1	5,1	17,7	8,9	14,3	12,7	2,9	3,8	4,0	5,1
2 dias	11,4	13,9	17,7	12,7	16,0	12,7	4,6	6,3	8,0	8,9
3 dias	13,1	16,5	8,6*	26,6*	14,3	16,5	5,1	2,5	8,0	10,1
4 dias	2,3	5,1	2,9	6,3	4,0	5,1	2,9*	3,8*	2,3	1,3
5 dias	4,0*	12,7*	3,4	3,8	4,6	2,5	9,7*	19,0*	1,1	3,8
6 dias	2,3	-	-	1,3	-	1,3	6,9	8,9	-	-
Todos os dias	29,7	40,5	8,0	6,3	18,9	24,1	59,4	54,4	43,7	43

FRE- QUÊNCIA DE CONSU- MO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS	BATATA FRITA, BATATA DE PACOTE OU SALGADOS FRITOS		HAMBÚR- GUER E EMBUTIDOS		BISCOITOS SALGADOS OU SALGADINHO S DE PACOTE		BISCOITOS DOCES OU RECHEA- DOS, DOCES, BALAS E CHOCOLA- TES		REFRIGE- RANTES	
	Início %	3º mês %	Início %	3º mês %	Início %	3º mês %	Início %	3º mês %	Início %	3º mês %
Não consumiu	34,9*	50,6*	21,1	16,5	61,7	65,8	30,9*	19*	23,4	29,1
1 dia	22,4	17,7	20,6	13,9	15,4	12,7	16	8,9	14,3	11,4
2 dias	17,1	10,1	14,9*	15,2*	8,0	7,6	9,7	15,2	14,3	11,4
3 dias	11,4	7,6	16,0	25,3	5,1	2,5	9,7	17,7	9,1	15,2
4 dias	3,4	3,8	4,0	10,1	1,7	1,3	0,6	1,3	4	2,5
5 dias	-	1,3	3,4	6,3	2,3	1,3	3,4	2,5	2,9	2,5
6 dias	1,7	-	2,3	1,3	-	-	0,6	-	1,7	-
Todos os dias	9,1	8,9	17,7	11,4	5,7	8,9	29,1	35,4	30,3	27,8

* Diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos $p < 0,05$

FONTE: A AUTORA (2013)

Quando avaliados os alimentos consumidos (pelo menos uma vez por semana) pelos pacientes dos grupos estudados verifica-se que dentre os alimentos avaliados, o feijão foi o mais consumido em ambos os grupos. Em segundo lugar, no grupo de início de tratamento, está o hambúrguer e embutidos. Já no grupo de terceiro mês a salada crua ocupou esse lugar. Biscoitos salgados e salgadinhos foram os menos consumidos. Na comparação entre os grupos, percebe-se que o grupo de terceiro mês teve um maior consumo para a maioria dos alimentos avaliados, com exceção apenas de refrigerante, batata frita, salgados fritos e biscoitos salgados e salgadinhos de pacote, no qual uma maior porcentagem de pacientes em início de tratamento afirmou ter consumido esses alimentos (GRÁFICO 1).

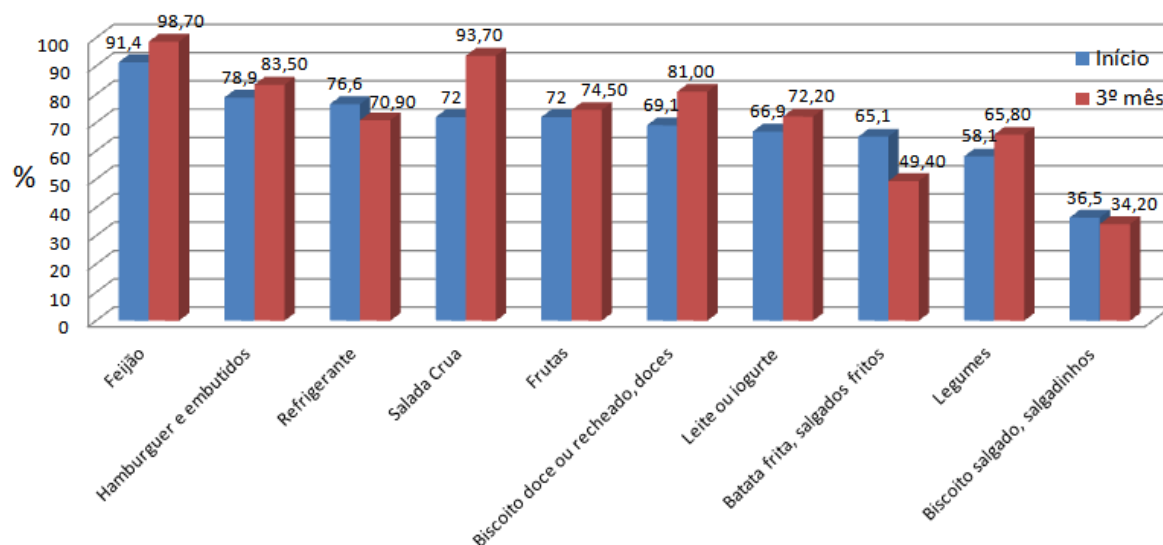


GRÁFICO 1 – ALIMENTOS CONSUMIDOS NA ÚLTIMA SEMANA PELOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ (2012).

FONTE: A autora.

O feijão também foi o alimento consumido com maior periodicidade, isto é, diariamente, nos dois grupos e o leite e iogurte foram o segundo. O refrigerante foi um dos alimentos consumidos com grande periodicidade na população estudada, sendo que 30,3% do grupo de início e 27,8% do grupo de terceiro mês declararam ter ingerido diariamente refrigerante na última semana. As frutas e os legumes cozidos, por sua vez, tiveram um baixo consumo diário (GRAFICO 2)

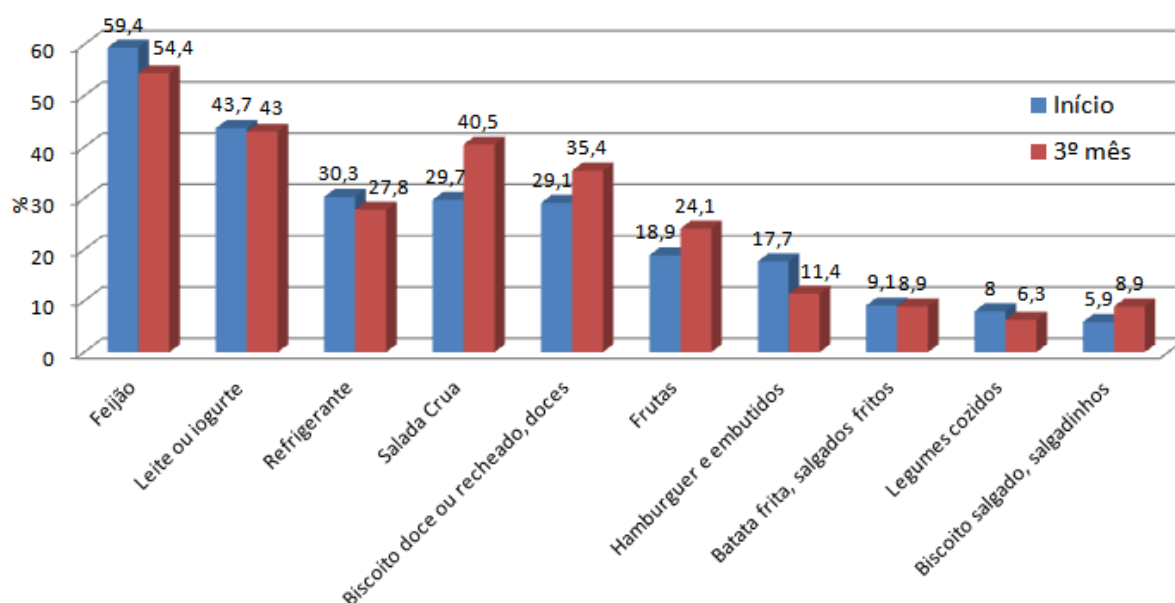


GRÁFICO 2 – ALIMENTOS CONSUMIDOS DIARIAMENTE NA ÚLTIMA SEMANA PELOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ (2012).

FONTE: A autora.

Em relação aos dados do consumo alimentar coletados por meio do recordatório 24 horas, verifica-se que a média de consumo de lipídios e colesterol foi significativamente maior no grupo de início de tratamento ($p<0,05$) (Tabela 5.7).

TABELA 5.7 COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE INGESTÃO DE ENERGIA, MICRO E MACRONUTRIENTES ENTRE DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.

NUTRIENTE	INÍCIO (N=175)	TERCEIRO MÊS (N=79)
	MÉDIA (DP)	MÉDIA (DP)
Kcal	2467,0 ($\pm 1206,4$)	2290,9 ($\pm 878,7$)
Kcal/Kg de peso	36,0 ($\pm 18,9$)	31,6 ($\pm 13,4$)
Macronutrientes		
Carboidrato (g)	356,5 ($\pm 191,5$)	333,4 ($\pm 143,1$)
Proteína (g)	87,5 ($\pm 50,6$)	78,0 ($\pm 31,8$)
Proteína/kg de peso	1,3 ($\pm 0,8$)	1,1 ($\pm 0,5$)
Lipídios(g)	79,5 ($\pm 80,3$)	71,5 ($\pm 36,2$)*
Gordura monoinsaturada(g)	18,8 ($\pm 24,3$)	16,5 ($\pm 12,4$)
Gordura polinsaturada	12,1 ($\pm 11,1$)	10,4 ($\pm 7,8$)
Gordura saturada(g)	19,9 ($\pm 15,2$)	18,2 ($\pm 11,6$)
Colesterol (mg)	229,4 ($\pm 201,1$)	169,8 ($\pm 126,5$)*
Fibras(g)	17,8 ($\pm 11,7$)	17,1 ($\pm 9,1$)
Vitaminas		
Vitamina A (RE)	339,2 ($\pm 565,4$)	374,9 ($\pm 471,7$)
Vitamina D (mcg)	0,89 ($\pm 1,05$)	0,79 ($\pm 1,0$)
Vitamina B1 (mg)	1,5 ($\pm 1,0$)	1,8 ($\pm 1,5$)
Vitamina B2 (mg)	1,1 ($\pm 0,8$)	1,2 ($\pm 1,5$)
Vitamina B5 (mg)	2,7 ($\pm 2,0$)	2,7 ($\pm 1,6$)
Vitamina B6 (mg)	1,1 ($\pm 0,8$)	0,9 ($\pm 0,6$)
Vitamina B12 (mg)	3,6 ($\pm 9,7$)	3,5 ($\pm 9,1$)
Vitamina C (mg)	52,3 ($\pm 73,5$)	55,4 ($\pm 67,2$)
Vitamina E (mg)	16,8 ($\pm 17,9$)	15,0 ($\pm 11,4$)
Folato (mcg)	108,8 ($\pm 86,3$)	119,0 ($\pm 86,8$)
Minerais		
Cálcio (mg)	437,1 ($\pm 794,9$)	353,0 ($\pm 179,0$)
Fósforo (mg)	858,5 ($\pm 646,9$)	752,6 ($\pm 341,2$)
Magnésio (mg)	213,3 ($\pm 132,6$)	210,4 ($\pm 111,1$)
Ferro (mg)	26,0 ($\pm 87,2$)	23,1 ($\pm 73,6$)
Cobre (mg)	1,0 ($\pm 0,6$)	1,0 ($\pm 0,5$)
Zinco (mg)	9,9 ($\pm 8,8$)	9,0 ($\pm 6,2$)
Selênio (mcg)	75,9 ($\pm 72,4$)	79,2 ($\pm 42,7$)

* Diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos $p<0,05$

FONTE: A AUTORA (2013)

De forma geral, ambos os grupos apresentaram inadequação da dieta em relação aos macronutrientes e à energia. Em relação a fibras foi prevalente a ingestão abaixo do recomendando nos dois grupos, no entanto, a frequência de baixa ingestão foi ainda maior no grupo de terceiro mês ($p<0,05$). A baixa ingestão de cálcio também foi predominante na amostra estudada, 90,3% e 97,5% no grupo em início e terceiro mês, respectivamente, não ingeriram a quantidade recomendada (Tabela 5.8).

TABELA 5.8 FREQUÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM INGESTÃO DE NUTRIENTES ABAIXO E ACIMA DAS RECOMENDAÇÕES EM DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS AD EM CURITIBA, PARANÁ.

NUTRIENTE	INÍCIO (N=175)		TERCEIRO MÊS (N=79)	
	N	%	N	%
Energia (Kcal)				
<80% EER	63	36,0	30	38,0
>120% EER	70	40,0	26	32,9
Carboidrato (g/dia)				
Acima da EAR	165	94,3	78	98,7
Abaixo da EAR	10	5,7	1	1,3
Proteína (g/Kg/dia)				
Acima da EAR	133	76,0	60	75,9
Abaixo da EAR	42	24,0	19	24,1
Fibras*				
Acima da AI	17	9,7	2	2,5
Abaixo da AI	158	90,3	77	97,5
Ferro (mg)				
Abaixo da EAR	27	15,4	8	10,1
Acima da UL	3	1,7	1	1,3
Cálcio (mg)				
Abaixo da EAR	158	90,3	77	97,5
Acima da UL	2	1,1	-	-

* Diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos $p<0,05$

FONTE: A AUTORA (2013)

A DRI (2002) preconiza que entre adultos a distribuição adequada de macronutrientes deve seguir a seguinte distribuição: 10 a 35% da energia provinda de proteínas, 45 a 65% de carboidrato e 20 a 35% de lipídio. Nos dois grupos estudados verificou-se alta frequência de inadequação na distribuição de macronutrientes, principalmente com relação a carboidratos e lipídios. A ingestão de gordura saturada acima do recomendado também foi prevalente nos dois grupos, alcançando aproximadamente metade da população em ambos os grupos (Tabela 5.9).

TABELA 5.9 AVALIAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO ENERGÉTICA POR MACRONUTRIENTE DA DIETA DOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO NOS CAPS-AD EM CURITIBA, PARANÁ.

NUTRIENTE	REFERÊNCIA ¹	INÍCIO (N=175) ²			TERCEIRO MÊS (N=79) ²		
		Adequado	Acima	Abaixo	Adequado	Acima	Abaixo
		%			%		
Carboidrato	45-65%	64,8	22,9	12,3	75,9	19	5,1
Proteína	10-35%	81,1	-	18,9	86,1	-	13,9
Lipídio	20-35%	55,4	22,3	22,3	63,2	16,5	20,3
Gordura Saturada	<7	50,3	49,7	-	50,6	49,4	-

¹ FONTE: DRI (2002).

² FONTE: A AUTORA (2013)

Em relação aos aspectos do comportamento alimentar, 40,7% do grupo em início de tratamento e 53,8% dos indivíduos do grupo em terceiro mês relataram fazer habitualmente quatro ou mais refeições, sendo significativamente maior o número de pessoas que faziam apenas uma refeição no dia no grupo dos que estavam iniciando (Tabela 5.10).

TABELA 5.10 NÚMERO MÉDIO DE REFEIÇÕES REALIZADAS HABITUALMENTE PELOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD, CURITIBA, PARANÁ.

NÚMERO DE REFEIÇÕES ¹	INÍCIO (N=175)		TERCEIRO MÊS (N=79)	
	N	%	N	%
1	23*	13,10	2*	2,60
2	30	17,10	10	12,80
3	51	29,10	24	30,80
4 ou mais	71	40,70	42	53,80

¹ Os lanches foram considerados como refeições neste estudo.

FONTE: A AUTORA (2013)

Os principais locais para a realização de refeições apontados pelos sujeitos estudados, nos dois grupos, foi o domicílio. Dentre aqueles que já estavam há três meses em tratamento, o CAPS também foi apresentado como principal local de realização das refeições (Tabela 5.11).

TABELA 5.11 PRINCIPAIS LOCAIS ONDE SÃO REALIZADAS AS REFEIÇÕES PELOS DOIS GRUPOS DE PACIENTES ESTUDADOS NOS CAPS AD DE CURITIBA, PARANÁ.

LOCAL	INÍCIO DE TRATAMENTO (n= 175) % (n)	TERCEIRO MÊS DE TRATAMENTO (n= 79) % (n)
Casa	89,1 (156)	82,3 (65)
Restaurantes Privados	4,6 (8)	2,5 (2)
Restaurante Popular	2,3 (4)	1,3 (1)
Bares e lanchonetes	5,1 (9)	2,5 (2)
Abrigos/ albergues/ doações	1,7 (3)	3,8 (3)
CAPS	-	67,0 (53)*
Trabalho	7,4 (13)	1,3 (1)
Outros	11,4 (9)	7,6 (6)

* Diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos $p < 0,05$

FONTE: A AUTORA (2013)

Em relação à prática de atividade física, a maioria dos entrevistados tanto em início de tratamento, quanto em terceiro mês de tratamento, eram sedentários (83,3% e 57,7% respectivamente). Na comparação entre os dois grupos a prática de atividade física foi significativamente maior entre os pacientes em terceiro mês de tratamento ($p < 0,05$).

5.4 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra que, de forma geral, ambos os grupos apresentaram alterações no estado nutricional em relação ao IMC, sendo que apenas 41,8% dos indivíduos em terceiro mês e 52,6% daqueles em início de tratamento estavam classificados na faixa de normalidade, não havendo diferença significativa em relação à classificação nutricional entre os dois grupos.

A classificação em baixo peso foi menos frequente em ambos os grupos (6,3% no grupo em início de tratamento e 2,5% no grupo de terceiro mês). A escassez de estudos nacionais sobre estado nutricional de indivíduos adultos dependentes de álcool e outras drogas dificulta a comparação entre populações semelhantes.

Todavia, estudos internacionais com usuários de drogas tem demonstrado alta prevalência de baixo peso nessa população, com níveis ainda mais elevados em indivíduos também infectados pelo HIV. Entretanto, são poucos os estudos com indivíduos usuários de drogas em nível ambulatorial. Nazrul Islam *et al.* (2002) realizaram um estudo caso controle com 253 homens usuários de drogas em tratamento para desintoxicação em um hospital em Daka, Bangladesh. O grupo controle era composto por 100 homens saudáveis, de idades semelhantes. Os autores verificaram que os usuários de drogas apresentavam índices significativamente menores de IMC, hemoglobina, proteína sérica e albumina que os controles. Em relação ao IMC, 60% dos indivíduos usuários de drogas apresentavam índices menores que 18,5 (baixo peso) contra 15% dos controles. Tang *et al.* (2011) comparando o estado nutricional de usuários de drogas HIV-positivo e HIV-negativo em Chennai, sul da Índia, encontraram alto déficit do estado nutricional em ambos os grupos: 52,3% dos usuários de drogas HIV positivo apresentavam baixo peso segundo IMC e entre os usuários de drogas HIV-negativo o percentual foi de 49,7%.

Um estudo nacional, realizado em Minas Gerais, em CAPS AD, com indivíduos que buscaram o CAPS por dependência de álcool, e cujo objetivo era avaliar a presença de fatores de risco cardiovascular, com ênfase na hipertensão e

na adiposidade corporal, em alcoolistas abstinentes ou não abstinentes em tratamento, encontrou médias de IMC mais próximas às verificadas neste estudo. Essa pesquisa classificou os sujeitos em três grupos conforme o padrão de uso de álcool: não abstinentes (redução de uso e uso não alterado); abstinente recente (aqueles com uma semana até três meses de abstinência) e abstinência há mais tempo (com mais de três meses). A média de IMC encontrada em cada grupo foi de 24,42 ($\pm 4,39$); 25,88 ($\pm 4,72$); 22,93 ($\pm 4,38$) respectivamente, não havendo diferença significativa entre os grupos.

Dados da Pesquisa Orçamentos Familiares (POF) realizada em 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstraram uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade na população da Região Sul do Brasil. O baixo peso, por sua vez, foi menos prevalente, apenas 1% dos homens e 2,4% das mulheres da população urbana apresentavam IMC abaixo de 18,5 (IBGE, 2010). O presente estudo, no entanto, encontrou percentuais mais altos de baixo peso entre os dependentes de drogas do que esses encontrados na população geral.

Todavia, as mulheres deste estudo apresentam-se mais vulneráveis em relação ao baixo peso. Quando se observa a classificação do estado nutricional por sexo, verifica-se que o baixo peso é mais prevalente entre elas em ambos os grupos (11,4% no grupo de início e 15,4% no grupo de terceiro mês).

A regressão logística demonstrou associação significativa entre o sexo feminino e o baixo peso. Outros estudos tem demonstrado que as mulheres dependentes de drogas apresentam quadros de desnutrição mais graves do que os homens. Santolaria-Fernández *et al.* (1995) estudando dependentes de drogas hospitalizados, encontraram um pior estado nutricional entre as mulheres em comparação aos homens. Eles também observaram que as mulheres apresentavam significativamente mais problemas nas relações sociais e familiares do que os homens. Forrester *et al.* (2000), avaliando pacientes HIV positivo, usuários e não usuários de drogas, verificaram que, entre aqueles que usavam drogas, o IMC das mulheres era significativamente menor que dos homens.

Estudos também têm evidenciado que as mulheres usuárias de drogas buscam o tratamento mais tardiamente que os homens. Essa demora está ligada principalmente a aspectos sociais, relacionados ao preconceito e estigmatização que vivem as usuárias de droga. Além disso, aspectos fisiológicos próprios da mulher permitem que os agravos à saúde causados pelas drogas ocorram mais

previamente nelas do que nos homens (MONTEIRO, *et al.*, 2011; PEIXOTO *et al.*, 2010; ELBREDE *et al.*, 2008). Assim, as mulheres tendem a chegar aos serviços de saúde mais debilitadas, especialmente, em relação a estado nutricional, como evidenciou o estudo.

O uso recente do crack também foi associado ao baixo peso na população estudada. São diversos os fatores que fazem com que o crack esteja relacionado ao baixo peso. O crack, que é um derivado da cocaína, tem um forte poder anorexígeno (CAMPA *et al.*, 2005). Pessoas dependentes de crack, em padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo, conhecido como “binge”, comum nos dependentes de crack, relatam que conseguem passar dias sem se alimentar usando apenas a droga. Além disso, a urgência de obtenção da substância faz com que o indivíduo remaneje o dinheiro que iria ser gasto com alimentação para esse fim (CHAVES *et al.*, 2011). Somado a isso, está também o impacto nas redes sociais e familiares que, muitas vezes, ocorre na vida dos dependentes de crack, fator que também pode interferir na sua rotina e consequentemente na alimentação, tornando as refeições inconstantes e diminuindo a ingestão de alimentos. A alimentação ainda pode ser prejudicada pelas lesões na região orofaríngea causadas pelo uso de cachimbos produzidos com latas de alumínio. O contato repetido com alumínio aquecido provoca aparecimento de bolhas e feridas na língua, nos lábios, rostos e também nos dedos (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Apesar de o baixo peso ser relevante, o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) foi a alteração do estado nutricional mais prevalente na amostra estudada. Essa realidade, no entanto, não está presente apenas entre os dependentes de álcool e outras drogas, mas entre a população brasileira de forma geral. Atualmente, o Brasil vive a chamada transição nutricional, que consiste no crescente aumento da obesidade, porém, com a coexistência de deficiências nutricionais, como anemia ferropriva e deficiências de vitaminas, principalmente nas classes de menor renda. Segundo dados da POF (2009), na Região Sul, 58,1% dos homens e 50,9% das mulheres apresentavam sobrepeso. Em relação à obesidade, o índice foi de 16,4% nos homens e 19,3% nas mulheres. A tendência de ascensão da obesidade está associada à diminuição do gasto energético dos indivíduos, devido à redução crescente das ocupações que demandam um maior esforço físico e na redução da atividade física associada ao lazer, além de fatores alimentares, como a diminuição do consumo de fibras e o aumento do consumo de gorduras e

açúcares. Essas mudanças alimentares estão associadas a alterações no padrão alimentar do brasileiro, como aumento de refeições realizadas fora de casa; aumento da oferta e diminuição do custo de alimentos industrializados de alto valor energético; aumento no consumo de alimentações rápidas, entre outros.

Na regressão logística, o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) foi associado ao tempo de uso de álcool (em anos). A literatura tem demonstrado relações complexas entre a ingestão de álcool e o estado nutricional. O uso excessivo e crônico do álcool tem sido ligado a um déficit do estado nutricional, devido às alterações hepatocelulares na absorção de nutrientes e pela própria diminuição da ingestão de alimentos (MORENO, CORTÉS, 2008). Todavia, pesquisas epidemiológicas têm demonstrado associação entre o IMC e os padrões de consumo do álcool. Indivíduos que consomem o álcool com frequência menor, mas em grande quantidade em cada ocasião tendem a ter IMC maiores do que aqueles que ingerem diariamente em pequena quantidade (uma dose por dia). O aumento do IMC pode ser explicado, porque apesar da ingestão das bebidas não há diminuição da ingestão calórica durante as refeições e o álcool se apresenta como uma fonte de energia adicional (7,1 kcal/g) (BRESLOW, SMOTHERS, 2005). A chamada obesidade central, com acúmulo de gordura na região do tronco, tem sido relacionada à ingestão de quantidades excessivas de álcool somadas a dietas ricas em gordura e sedentarismo (VADSTRUP *et al.*, 2003).

O excesso de peso também foi associado a uso, com uma frequência superior a três vezes por semana, de maconha. Estudos evidenciaram a ação da maconha sobre o apetite humano. A alteração do apetite ocorre por meio do componente ativo THC (Tetrahydrocannabinol), sendo esse princípio ativo estudado atualmente para fins terapêuticos para estimulação do apetite em pacientes com câncer e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (BERRY, MECHOULAM, 2002). A observação mais frequente é o aumento do apetite após três horas do uso da maconha. Quando avaliado o efeito do uso da maconha sobre o peso dos indivíduos, os dados da literatura ainda são conflitantes. Um estudo envolvendo 3882 indivíduos encontrou uma maior taxa de obesidade naqueles que usavam maconha (MITTLEMAN *et al.*, 2001). No entanto, outra pesquisa, com o objetivo de analisar a associação entre o uso de *cannabis* e sobrepeso/obesidade em adultos jovens, por meio um estudo longitudinal com 2566 jovens adultos, verificou menor prevalência de sobrepeso e obesidade entre os usuários de maconha

(HAYATBAKHSI *et al.*, 2010). Rodondi *et al.* (2006) encontraram associação do uso da maconha com ingestão aumentada de energia e de álcool, mas não com o aumento do IMC, perfil lipídico e glicose. Outra pesquisa que usou como base dois estudos representativos epidemiológicos de adultos norte-americanos, o National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC; 2001-2002) e o National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R, 2001-2003), para estimar a prevalência de obesidade em função do consumo de *cannabis*, concluíram que a prevalência de obesidade é menor em usuários de maconha do que em não-usuários (LE STRAT, LE FOLL, 2011). Todavia, esses estudos foram realizados em base populacional e não envolveram dependentes em tratamento.

No que diz respeito à avaliação do consumo alimentar, os dados obtidos por meio da aplicação do formulário de marcadores de consumo alimentar demonstraram baixa ingestão de legumes e verduras cozidos por ambos os grupos, 41,7% e 34,2% no grupo de início e terceiro mês, respectivamente, relataram não ter consumido esses alimentos na última semana. As saladas cruas apresentaram melhor consumo. No entanto, o consumo não foi diário pela maioria, apenas 29,7% no grupo de início e 40,5% no grupo em terceiro mês relataram ter consumido esses alimentos todos os dias na última semana.

As frutas também foram pouco consumidas pela população estudada. Grande parcela relatou não ter consumido frutas na última semana (28% no grupo de início e 25,3 no grupo de terceiro mês). E entre aqueles que ingeriram, a maior parte consumiu em menos que três dias na semana anterior.

Esses achados demonstram baixa qualidade na dieta dos pacientes em tratamento para dependência de álcool e drogas, no que tange ao consumo de frutas e hortaliças. O Guia Alimentar para População Brasileira recomenda o consumo diário de três porções de frutas e três porções diárias de legumes e verduras (BRASIL, 2006). Esses alimentos, devido às suas propriedades nutricionais, conteúdo de fibras, minerais e vitaminas, são importantes na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e manutenção do equilíbrio do organismo. Desta forma, a falta deles na dieta representa riscos potenciais à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Apesar de aproximadamente metade dos pacientes relatar ter ingerido leite todos os dias da última semana, grande parcela não o consumiu em nenhum dia: 33,1% entre os indivíduos de início de tratamento e 27,8% entre aqueles em terceiro

mês. O consumo de leite é recomendado como uma boa fonte de riboflavina e a principal fonte de cálcio da dieta. A retirada desses alimentos da dieta, sem a devida substituição por outras fontes alimentares, pode levar a deficiências desses nutrientes (BRASIL, 2006).

Um dado importante sobre a dieta dos pacientes em tratamento nos CAPS AD foi o consumo frequente de feijão pela maioria dos entrevistados. Os feijões são alimentos ricos em proteína, vitaminas e minerais e fazem parte da cultura alimentar do brasileiro. Desta forma, a manutenção do hábito de consumir feijões se apresenta como um fato positivo, uma vez, que inquéritos nacionais vêm demonstrando mudanças nos padrões alimentares brasileiros, com um declínio no consumo de alimentos básicos e tradicionais da dieta, como o arroz e o feijão, e um consequente aumento no consumo de produtos industrializados (LEVY-COSTA *et al.*, 2005; IBGE, 2010).

Todos os alimentos considerados “não saudáveis” avaliados pelos marcadores de consumo foram amplamente consumidos pela população estudada. No entanto, os doces (biscoito doces e recheados, doces, balas e chocolates) e o refrigerante tiveram destaque por apresentarem alta frequência de consumo semanal.

Os doces tiveram consumo significativamente maior no grupo de terceiro mês de tratamento comparado ao outro grupo. Em relação à frequência, daqueles que consumiram, a maioria consumiu todos os dias (29,1% dos indivíduos em início de tratamento e 30,3% em terceiro mês). A literatura tem apontado relação estreita entre a preferência por doces e a dependência de drogas (JANOWSKY, DAVID S *et al.*, 2003; KAMPOV-POLEVOY *et al.*, 1999; KRAHN *et al.*, 2006). Em uma pesquisa caso-controle, realizada nos EUA, envolvendo 41 mulheres usuárias de drogas e 41 controles não usuárias de drogas, o autor verificou uma frequência de consumo de doces significativamente maior entre as usuárias de drogas do que entre as controles (HIMMELGREEN *et al.*, 1998). Saeland *et al.* (2011), avaliando a dieta de 195 dependentes de drogas encontrou que, em média, 30% da energia total ingerida por eles no dia anterior era proveniente de açúcar.

A maioria das teorias que explicam essa preferência baseia-se nos mecanismos neuroquímicos de controle dos comportamentos de recompensa. Os doces agem sobre o sistema opióide endógeno, responsável pela sensação de prazer, promovendo a liberação de b-endorfinas e afinidade de ligação dos opióides

nos locais receptores. Estudos também têm sugerido que os doces, assim como as drogas, aumentam a concentração extracelular de dopamina no núcleo accumbens e compartilham o mesmo mecanismo dopaminérgico, de repetição do comportamento de busca e uso, podendo levar à compulsão em indivíduos geneticamente suscetíveis (KAMPOV-POLEVOY *et al.*, 1999; KAMPOV-POLEVOY *et al.*, 2004; ROSA *et al.* 2008).

A manutenção de períodos prolongados de abstinência de drogas também foi associada à ingestão de quantidades excessivas de açúcar, principalmente no alcoolismo (KAMPOV-POLEVOY *et al.*, 1999), o que vai em consonância com o presente estudo que encontrou um consumo maior desses alimentos em pessoas em estágios mais avançados de tratamento.

O refrigerante foi relatado com um consumo diário por 30,3% dos pacientes em início de tratamento e 27,8% daqueles em terceiro mês. Comparando esses dados com os da população brasileira obtidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, também por meio dos marcadores de consumo, verifica-se que o consumo diário dos pacientes em tratamento nos dois grupos é aproximadamente três vezes maior do que o observado na população geral (BRASIL, 2008 *b*). O amplo consumo de refrigerantes também foi encontrado por Saeland *et al.* (2011), no qual mais de 50% dos entrevistados afirmaram ter consumido refrigerante no dia anterior. Uma possível explicação do alto consumo de refrigerante entre os dependentes em tratamento é a necessidade de substituir bebidas alcoólicas, por alguma bebida sem álcool, sendo a bebida escolhida o refrigerante, devido ao fácil acesso, baixo custo e alto teor de açúcar.

A avaliação do consumo alimentar por meio do recordatório 24 horas, por sua vez, demonstrou inadequação da dieta dos pacientes em tratamento, principalmente em relação aos lipídios e carboidratos. Em relação à distribuição calórica da dieta por macronutriente, verificou-se desequilíbrio principalmente em relação aos lipídios em que apenas 55,4% daqueles em início de tratamento e 63,2% em terceiro mês de tratamento apresentavam de 20 a 35% da energia provinda de lipídios, valor recomendado pela DRI (2002). Dietas desequilibradas têm sido encontradas também em outros estudos que envolveram usuários de drogas. Tang *et al.* (2011) encontrou baixa ingestão de lipídios em usuários de drogas. Luis *et al.* (2010), analisando a dieta de usuários de maconha, verificou que em média 41,4% da ingestão calórica total desses indivíduos provia de lipídios. Além disso,

outro dado preocupante encontrado no presente estudo, em relação aos lipídios, foi que aproximadamente metade dos indivíduos, nos dois grupos, ingeriu gordura saturada além do recomendado (mais que 7% do valor energético consumido). Dietas ricas em gorduras saturadas têm sido amplamente associadas na população geral a doenças cardiovasculares, alterações no perfil lipídico, com aumento do LDL e obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

As fibras têm um importante papel nos processos fisiológicos do organismo, agindo especialmente no trânsito gastrointestinal, agindo sobre o bolo fecal, reduzindo o tempo de eliminação. Além do papel na prevenção e tratamento de doenças do cólon, redução do risco de câncer e melhora no controle do diabetes mellitus (MATTOS, MARTINS, 2000). No entanto, neste estudo, aproximadamente a totalidade da população não havia consumido a quantidade preconizada de fibras. Tang *et al.* (2011), estudando usuários de drogas em Chennai, sul da Índia, também encontrou níveis muito baixos de ingestão de fibras entre usuários de drogas HIV positivo e negativo ($4,3\text{g} \pm 1,6$ e $4,7\text{g} \pm 1,9$ respectivamente). Saeland *et al.* (2011) também encontrou níveis semelhantes em populações usuárias de drogas nos EUA. A baixa ingestão de fibras observada aqui está relacionada possivelmente ao baixo consumo de frutas e hortaliças demonstrado por meio dos marcadores de consumo.

Quase a totalidade da população estudada teve a ingestão de cálcio abaixo do recomendado, o que pode ser ocasionado pelo baixo consumo de leites e derivados observado por meio dos marcadores de consumo, sem uma reposição de outras fontes de cálcio. Baixas ingestões de cálcio em adultos podem influenciar no desenvolvimento de doenças como osteoporose e osteomalácia. Além disso, tem sido investigada a possível ligação entre a ingestão de cálcio e a redução da pressão sanguínea em hipertensos e também há sugestões de que uma alta ingestão de cálcio possa proteger contra doenças cardiovasculares (COZZOLINO, 2009, p. 533-537).

Os guias alimentares recomendam o fracionamento do consumo alimentar diário em quatro ou mais refeições (BRASIL, 2004). Nesta pesquisa 40,7% dos entrevistados do grupo em início de tratamento e 53,8% daqueles em terceiro mês atingiram essas recomendações. Entre o grupo de início foi significativamente maior o número de pessoas que relataram fazer habitualmente apenas uma refeição por dia. Himmelgreen *et al.* (1998), comparando usuárias de drogas com não usuárias, verificaram que aquelas que usavam drogas realizavam menos refeições semanais

que as não usuárias, com uma média de 11,4 ($\pm 4,9$) refeições semanais. O processo de dependência interfere nos hábitos alimentares. Indivíduos em abuso de drogas, principalmente do crack, estão propensos a diminuir o número de refeições e priorizar a aquisição da droga (ANEMA *et al.*, 2010; CHAVES *et al.*, 2011). Já durante o processo de tratamento as rotinas alimentares tendem a ser reestabelecidas. No CAPS AD a oferta de refeições em horários fixos, com três refeições (café da manhã, almoço e lanche) para quem realiza o tratamento em regime intensivo e uma refeição (café da manhã ou lanche) para o regime semi-intensivo, tendem a promover melhora no número de refeições realizadas. O que é uma situação positiva, uma vez que estudos têm apontado a importância do fracionamento da dieta para a alimentação saudável (GOMES, 2003; REDONDO *et al.*, 1997; VINHOLES, NEUTZLING, 2009).

Quando questionado aos indivíduos sobre os principais locais onde realizam suas refeições, o domicílio apareceu como principal local em ambos os grupos. No entanto, o CAPS também foi apontado por aqueles em terceiro mês de tratamento. Isso ocorre devido ao tempo despendido pelos indivíduos nesses centros durante o processo de tratamento, fazendo com que muitas das suas refeições sejam realizadas nestes locais. Por isso, é relevante atentar-se à qualidade nutricional das refeições oferecidas nesses estabelecimentos, tendo vista que elas compõem de forma expressiva a ingestão de alimentos durante o período de tratamento.

A prática de atividade física foi significativamente maior entre os pacientes em terceiro mês do que entre aqueles em início de tratamento. A promoção de atividades físicas ocorre com frequência nos CAPS AD, pois a maioria deles conta com profissional de Educação Física no seu quadro de pessoal. Esse fato pode ter contribuído pela diferença entre os grupos. A realização de atividade física durante o tratamento promove hábitos de vida mais saudáveis e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Dentre as limitações deste estudo, pode-se destacar o uso isolado do IMC na avaliação do estado nutricional. O IMC, apesar de ser um dos métodos mais indicados em pesquisas epidemiológicas, possui limitações intrínsecas, uma vez que ele não é capaz de diferenciar o excesso de peso por obesidade daquele decorrente do aumento por hipertrofia muscular, edema, ascite e ossos. Outro fator foi a não utilização de métodos de avaliação da composição corporal que permitissem mensurar a massa magra e massa gorda nos indivíduos. Da mesma forma, o

recordatório 24 horas, apesar de ser o método mais utilizado em pesquisas envolvendo usuários de drogas, sendo utilizado em uma única abordagem, não é capaz de refletir a dieta habitual dos indivíduos, devido à variabilidade intraindividual da dieta.

Este estudo é o primeiro trabalho que aborda a situação alimentar e nutricional em indivíduos em início de tratamento e em terceiro mês de tratamento em CAPS AD no Brasil. Como já exposto, os dependentes de álcool e outras drogas, devido a aspectos sociais, biológicos e relacionados à alimentação, apresentam-se vulneráveis no que diz respeito ao aspecto nutricional. Desta forma, este trabalho veio contribuir na discussão desse tema e trazer subsídios para o conhecimento dos aspectos nutricionais de dependentes de drogas que estão em tratamento nos CAPS AD.

5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pôde analisar aspectos relevantes da situação alimentar e nutricional dos indivíduos em início e terceiro mês de tratamento nos CAPS AD. De maneira geral, esses pacientes apresentaram alterações do estado nutricional, tanto baixo peso quanto excesso de peso. Essas alterações foram associadas a questões de gênero, drogas específicas e padrões de uso. Os integrantes dos grupos analisados possuem dietas desequilibradas, com consumo inadequado de fibras, cálcio e ricas em gordura saturada. Além disso, a ingestão de doces e refrigerantes foi frequente entre eles.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Drogas propõe que a atenção se dê sob a perspectiva da integralidade, que é também um dos princípios do SUS. Esse conceito abarca não somente a estruturação organizacional de atenção à saúde, mas também a percepção dos sujeitos sob suas diversas dimensões. Assim, a alimentação, componente fundamental da vida humana, e que, por muitas vezes, é impactada pelo uso de drogas, não deve passar despercebida nas estratégias de atenção aos dependentes de álcool e outras drogas. Entendendo os CAPS como espaços promotores de

saúde, eles podem e devem fomentar ações de garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, seja por meio do monitoramento do estado nutricional, no cuidado e atendimento nutricional ou pelo fornecimento de refeições adequadas tanto no aspecto nutricional e qualidade higiênico-sanitária, quanto o respeito às características culturais. E, além disso, ainda no contexto multidisciplinar, perceber a alimentação como também parte integrante do tratamento.

Esse estudo trouxe um panorama sobre o tema. No entanto, ainda são poucas as pesquisas nessa área. Há uma gama de conhecimentos a serem sistematizados. Por isso, são necessários estudos que abordem, por exemplo, questões relacionadas a estado nutricional e gênero, deficiências nutricionais específicas, alterações no estado nutricional ao longo do tratamento, preferências alimentares relacionadas ao uso de drogas, entre outros.

REFERÊNCIAS

ANEMA, A. *et al.* Hunger and associated harms among injection drug users in an urban Canadian setting. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, v. 5, n. May 1996, p. 20, 2010. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2939627&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. .

BERRY, E. M.; MECHOULAM, R. Tetrahydrocannabinol and endocannabinoids in feeding and appetite. **Pharmacology & therapeutics**, v. 95, n. 2, p. 185-90, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12182965>>. Acesso em: 17/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **10 passos para a alimentação saudável**. Brasília, D.F., 2004. Disponível em: http://drt2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/10passos_adultos.pdf ..

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, D.F., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, D.F., 2008 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Relatório Consumo Alimentar – 2008**. Brasília, D.F., 2008 b.

Breslow R.A., Smothers B.A. Drinking patterns and body mass index in never smokers: National Health Interview Survey, 1997–2001. **Am J Epidemiol.**, v. 161, n. 4, p. 368–376, 2005.

CAMPA, A. *et al.* HIV-related wasting in HIV-infected drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. **Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 41, n. 8, p. 1179-85, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16163638>>. .

CARDIOLOGIA, S. B. DE. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 3, 2013.

CHAVES, T. V *et al.* Fissura por crack : comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex- usuários. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011.

COWAN, J.; DEVINE, C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. **Appetite**, v. 50, n. 1, p. 33-42, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17602790>>. Acesso em: 25/2/2012.

COZZOLINO, S. M. F. Biodisponibilidade de nutrientes. 2009, p. 533-537.

DIETARY REFERENCE INTAKE (DRI). **Dietary Reference Intake for energy, carbohydrates, fiber, fat, protein and amino acids (Macronutrients)**. Institute of Medicine (IOM), 2002. Disponível em: http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/~/_media/C5CD2DD7840544979A549EC47E56A02B.ashx. Acesso em: 26/05/2011.

ELBREDER, M. F. *et al.* Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 9–15, 2008.

FORRESTER, J. *et al.* Body composition and dietary intake in relation to drug abuse in a cohort of HIV-positive people. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 25, n. 1, p. 43-48, 2000.

GOMES, A. **Indicador da qualidade da alimentação em mulheres nos diferentes estratos sociais**. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana Aplicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HAYATBAKHS, M. R. *et al.* Cannabis use and obesity and young adults. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 36, n. 6, p. 350-6, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20936991>>. Acesso em: 17/10/2013.

HEBER, D.; CARPENTER, C. L. Addictive genes and the relationship to obesity and inflammation. **Molecular neurobiology**, v. 44, n. 2, p. 160-5, 2011. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3180592&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 9/11/2011.

HIMMELGREEN, D. A. *et al.* A comparison of the nutritional status and food security of drug-using and non-drug-using Hispanic women in Hartford, Connecticut.

American journal of physical anthropology, v. 107, n. 3, p. 351-61, 1998.
Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9821498>>. .

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 - 2009: Análise da disponibilidade domiciliar de alimento e do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010.

JANOWSKY, D.S. Preference for higher sucrose concentrations in cocaine abusing-dependent patients. **Journal of psychiatric research**, v. 37, n. 1, p. 35-41, 2003.
Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12482468>>. Acesso em: 26/10/2013.

KAMPOV-POLEVOY, A. B.; GARBUTT, J. C.; JANOWSKY, D. S. Association between preference for sweets and excessive alcohol intake: a review of animal and human studies. **Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)**, v. 34, n. 3, p. 386-95, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10414615>>. .

KAMPOV-POLEVOY, A. B. *et al.* Sweet liking, novelty seeking, and gender predict alcoholic status. **Alcoholism, clinical and experimental research**, v. 28, n. 9, p. 1291-8, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5365298>>. Acesso em: 26/10/2013.

KRAHN, D. *et al.* Sweet intake, sweet-liking, urges to eat, and weight change: relationship to alcohol dependence and abstinence. **Addictive behaviors**, v. 31, n. 4, p. 622-31, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15990241>>. Acesso em: 1/8/2012.

LE STRAT, Y.; LE FOLL, B. Obesity and cannabis use: results from 2 representative national surveys. **American journal of epidemiology**, v. 174, n. 8, p. 929-33, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21868374>>. Acesso em: 17/10/2013.

LEVY-COSTA, R. B. *et al.* Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Rev de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25/10/2013.

LUIS, D. A. *et al.* Ingesta dietética en un grupo de pacientes fumadores de marihuana. **Nutr Hosp**, v. 25, n. 4, p. 688-691, 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0212-16112010000400024&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. .

MATTOS, L. L.; MARTINS, I. S. Consumo de fibras alimentares em população adulta. **Rev de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26/10/2013.

MELCHIOR, M. *et al.* Mental health context of food insecurity: a representative cohort of families with young children. **Pediatrics**, v. 124, n. 4, p. e564-72, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19786424>>. Acesso em: 19/9/2011.

MITTLEMAN, M. A. *et al.* Triggering myocardial infarction by marijuana. **Circulation**, v. 103, n. 23, p. 2805-9, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11401936>>. Acesso em: 18/10/2013.

MONTEIRO, C. F. *et al.* Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em caps-ad do piauí. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

MORENO OTERO, R; CORTÉS, J. R. Nutrición y alcoholismo crónico. **Nutr Hosp.**, v. 23, n. 2, p. 3-7, 2008.

NAZRUL ISLAM, S. K. *et al.* Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle. **The British journal of nutrition**, v. 88, n. 5, p. 507-13, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12425731>>. Acesso em: 25/2/2012.

NEALE, J. *et al.* Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. **Addiction** (Abingdon, England) [Internet]. v. 107, n. 3, p. 635–4, 2012. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21933297>

OLIVEIRA, L. G. DE; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo : acessibilidade , estratégias de mercado e formas de uso. **Rev Psiq Clín**, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008.

PEIXOTO, C. *et al.* Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr.**, v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010.

REDONDO, M. *et al.* Influence of the number of meals taken per day on cardiovascular risk factors and the energy and nutrient intakes of a group of elderly people. **Int J Vitam Nutr Res**, v. 67, p. 176-82, 1997.

RODONDI, N. *et al.* Marijuana use, diet, body mass index, and cardiovascular risk factors (from the CARDIA study). **The American journal of cardiology**, v. 98, n. 4, p. 478-84, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16893701>>. Acesso em: 17/10/2013.

ROSA, M. A. C. *et al.* Processo de desenvolvimento de um questionário para avaliação de abuso e dependência de açúcar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1869-1876, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26/10/2013.

SAELAND, M *et al.* High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway. **The British journal of nutrition**, v. 105, n. 4, p. 618-24, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20880416>>. Acesso em: 1/8/2012.

SANTOLARIA-FERNINDEZ, F. J *et al.* Nutritional assessment of drug addicts. **Drug and alcohol dependence**, v. 38, 1995.

SEVAK, R. J.; KOEK, W.; OWENS, W. A. *et al.* Feeding conditions differentially affect the neurochemical and behavioral effects of dopaminergic drugs in male rats. **European journal of pharmacology**, v. 592, n. 1-3, p. 109-15, 2008. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2603169&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 25/2/2012.

TANG *et al.* Malnutrition in a population of HIV-positive and HIV-negative drug users living in Chennai, South India. **Drug and alcohol dependence [Internet]**, v.118, n. 1, p. 73–7, 2011. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3130882&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

VADSTRUP, E. S. *et al.* Waist circumference in relation to history of amount and type of alcohol: results from the Copenhagen City Heart Study. **Int J Obesity**, v. 27, p. 238-246, 2003.

VINHOLES, D. B.; NEUTZLING, M. C. F. A. M. B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde . Pelotas , Rio Grande do Sul , Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 791-799, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. Technical Report Series, 854, Geneva, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly**. [WHA57.17]. 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE 1. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ID:

PESQUISA SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE PACIENTES DE SAÚDE MENTAL EM TRATAMENTO DE ÁLCOOL E DROGAS

1

INFORMAÇÕES GERAIS**1.A - CAPS** **1.B - Grupo de pacientes**☐ 1 Início de tratamento☐ 2 Terceiro mês de tratamento**1.C - Data da avaliação:** ____/____/____

2

DADOS DEMOGRAFICOS**2.A - Nome** **2.B – Data de nascimento:** ____/____/____**Idade** **2.C – Sexo** ☐ 1 Masculino ☐ 2 Feminino**2.D – Estado Civil Referido**☐ 1 Solteiro(a)☐ 2 Casado(a)/União estável☐ 3 Viúvo(a)☐ 4 Divorciado(a)/Desquitado(a)**2.E Raça/Cor auto referida**☐ 1 Branca☐ 2 Preta

-
- ☐ 3 Parda
- ☐ 4 Amarela
- ☐ 5 Indígena

3**DADOS SOCIOECONÔMICOS**

3.A – Escolaridade

- ☐ 1 Analfabeto
- ☐ 2 Primeiro grau incompleto
- ☐ 3 Primeiro grau completo
- ☐ 4 Segundo grau incompleto
- ☐ 5 Segundo grau completo
- ☐ 6 Superior incompleto
- ☐ 7 Superior completo
- ☐ 8 Pós-graduação

3.B - Com quem reside

- ☐ 1 Família conjugal
- ☐ 2 Família de origem
- ☐ 3 Só
- ☐ 4 Parentes ou amigos
- ☐ 5 Outro

3.C - Exerce atividade remunerada

- ☐ 1 Sim Qual:
- ☐ 2 Não

3.D - Renda Familiar: R\$ **3.E - Nº de componente da família** **3. F - Tipo de moradia**

- ☐ 1 Casa ou apartamento

☐ 2 Abrigo Público ou nas ruas

☐ 3 Pensão

☐ 4 Outro

3.G - Situação de Moradia

☐ 1 Própria

☐ 2 Alugada

☐ 3 Cedida

☐ 4 Outro

3.H - Tipo de Construção

☐ 1 Alvenaria

☐ 2 Madeira

☐ 3 Mista

☐ 4 Outro

3. I - Nº de Cômodos

3.J - Nº de pessoas por domicílio

ID:

3.L- Participa de algum programa de transferência de renda

☐ 1 Bolsa Família

☐ 2 Família Curitibana (programa municipal)

☐ 3 Família Paranaense (programa estadual)

☐ 4 Outr

☐ 5 Não participa

4

INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS UTILIZADAS *

4.A – <input type="checkbox"/> Alcool	4.A.a - Tempo de uso (anos) <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> = 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> >10 4.A.b -Tempo (dias) transcorrido desde a última vez que usou: <input type="text"/> 4.A.c - Número de vezes na semana que usa a droga <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> = 1 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> todos os dias
4.B. - <input type="checkbox"/> Tabaco	4.B.a - Tempo de uso (anos) <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> = 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> >10 4.B.b - Tempo (dias) transcorrido desde a última vez que usou: <input type="text"/> 4.B. c – Nº de vezes na semana que usa a droga <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1-3

	<input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> todos os dias
4.C - <input type="checkbox"/> Maconha	4.C.a - Tempo de uso (anos) <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> = 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> >10 4.C.b - Tempo (dias) transcorrido desde a última vez que usou: <input type="text"/> 4. C.c Nº de vezes na semana que usa a droga <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> todos os dias

4.D - <input type="checkbox"/> Cocaína	4.D.a - Tempo de uso (anos) <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> = 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> >10 4.D.b - Tempo (dias) transcorrido desde a última vez que usou: <input type="text"/> 4. D.c Nº de vezes na semana que usa a droga <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> todos os dias
4.E - <input type="checkbox"/> Crack	4.E.a - Tempo de uso (anos) <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> = 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> >10 4.E.b - Tempo (dias) transcorrido desde a última vez que usou: <input type="text"/> 4.E.c Nº de vezes na semana que usa a droga <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> todos os dias
4.F - <input type="checkbox"/>	4.F.a - Tempo de uso (anos) <input type="checkbox"/> < 1

Inalantes (cola, éter, lança-perfume, cheirinho da loló, esmalte)	<input type="checkbox"/> = 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> >10 4.F.b - Tempo (dias) transcorrido desde a última vez que usou: <input type="text"/> 4.F.c Nº de vezes na semana que usa a droga <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> todos os dias
4.F - <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, Êxtase, cogumelo)	4.F.a - Tempo de uso (anos) <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> = 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> >10 4.F.b - Tempo (dias) transcorrido desde a última vez que usou: <input type="text"/> 4.F.c Nº de vezes na semana que usa a droga <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> todos os dias
4.G - <input type="checkbox"/> Outro Qual? <input type="text"/>	4.G.a - Tempo de uso (anos) <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> = 1 <input type="checkbox"/> 2-5

<input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> >10 4.G.b - Tempo (dias) transcorrido desde a última vez que usou: <input type="text"/> 4.G.c Nº de vezes na semana que usa a droga <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> todos os dias

*Adaptado CEBRID (2005).

ID:

5

COMPORTAMENTO ALIMENTAR

5.A – Nº médio de refeições diárias

5.B – Local onde as principais refeições são realizadas

- ☐ 1 Casa
- ☐ 2 Restaurantes privados
- ☐ 3 Restaurante popular
- ☐ 4 Bares e lanchonetes
- ☐ 5 Abrigos ou albergues/ doações
- ☐ 6 Outros

6

PROTOCOLO DE MARCADORES DE CONSUMO

Nos últimos 7 dias, <u>em quantos dias</u> você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								

Fonte: BRASIL (2008)

7

Dia da semana: _____

[illegible]

ID: **8****DADOS ANTROPOMÉTRICOS**Peso (kg): Altura (m): IMC: Mudança de peso nos últimos 6 meses: Pratica atividade física: ☐ 1 Sim ☐ 2 NãoDurante quanto tempo: Frequência: **9****INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO****9.A - Motivo do internamento**

- ☐ 1 Dependência por álcool
- ☐ 2 Dependência por outras drogas
- ☐ 3 Misto

9.B – Outras patologias associadas

☐ 1 Sim Quais (CID10): 

☐ 2 Não

9.C – Medicação em uso e tempo de utilização

APÊNDICE 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você, paciente em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Situação alimentar e nutricional de pacientes de saúde mental em tratamento de álcool e drogas”. É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é conhecer a sua condição nutricional.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda a um questionário, permita que tomemos suas medidas de peso e estatura e conheçamos informações sobre sua alimentação. Também será necessário que você permita que acessemos seu prontuário para coletar informações sobre seu estado de saúde e medicamentos utilizados.
- d) Como em qualquer tratamento, você poderá experimentar algum desconforto, principalmente relacionados ao fato de responder a um questionário com informações sobre sua situação de saúde e condições socioeconômicas. Essa pesquisa não contará com nenhum tratamento invasivo.
- e) Os riscos que envolvem o seu tratamento são possíveis constrangimentos ao responder algumas perguntas relacionadas à renda, idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, condições de moradia, saneamento e número de pessoas em seu domicílio, além de informações referentes a substâncias utilizadas, tempo e frequência de uso.
- f) Para tanto você deverá estar presente no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, no qual você já faz tratamento, para realizar a tomada de medida de peso e altura, entrevista sobre a sua condição socioeconômica e sobre os alimentos que você consome, esse processo durará por aproximadamente 30 minutos.
- g) O benefício esperado desta pesquisa é o conhecimento da situação alimentar e nutricional dos pacientes em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, para que se possa futuramente desenvolver ações nessa área para a melhoria das condições de saúde desse público.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

h) Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas: a nutricionista Daniele do Rocio Ribeiro é mestrande do curso de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional do Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Paraná e poderá ser encontrada no endereço Av. Pref. Lothário Meissner, 632. Prédio da Nutrição. Curitiba, PR. CEP 80210-170 e a Profª Dra Denise Siqueira de Carvalho que poderá ser encontrada no endereço Rua Pe Camargo, 280. 7º andar. Curitiba – PR, fone: (41) 3269-6829, email: denisecarvalho@ufpr.br. Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná.

- i) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- j) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.
- k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida.
- l) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- m) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu entendi o que não posso fazer durante o tratamento e sei que qualquer problema relacionado ao tratamento será tratado sem custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data:

Daniele do Rocio Ribeiro. Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e nutricional. Departamento de Nutrição. Universidade Federal do Paraná.

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXOS

ANEXO 1. EQUAÇÃO DE ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES DE ENERGIA

EQUAÇÃO DE ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES DE ENERGIA

Equação 1. Cálculo da necessidade energética estimada (EER) para mulheres acima dos 19 anos.

$$\text{EER (kcal/d)} = 354 - 6,91 \times \text{idade} + \text{NFA} \times (9,36 \times \text{Peso} + 726 \times \text{altura})$$

NFA: 1,0 = sedentário

1,12 = pouco ativo

1,27 = ativo

1,45 = muito ativo

Equação 2. Cálculo da necessidade energética estimada (EER) para homens acima dos 19 anos .

$$\text{EER (kcal/d)} = 662 - 9,53 \times \text{idade} + \text{NFA} \times (15,91 \times \text{Peso} + 539,6 \times \text{altura})$$

NFA: 1,0 = sedentário

1,11 = pouco ativo

1,25 = ativo

1,48 = muito ativo

ANEXO 2. PROTOCOLO MARCADORES DE CONSUMO

Nos últimos 7 dias, <u>em quantos dias</u> você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								

FONTE: BRASIL (2008)